

ANNEE 1949

N°

337

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PAJAULT Louis-Henri-André

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1949

TRAITEMENT NON SANGLANT **des Lombalgies et des Sciatiques**

SES RÉSULTATS

Président : M. F. COSTE, Professeur.

ANNEE 1949

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PAJAU Louis-Henri-André

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1949

TRAITEMENT NON SANGlant des Lombalgies et des Sciaticques

SES RÉSULTATS

Président : M. F. COSTE, Professeur.

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PAJALUT Louis-Henri-André

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1919



TRAITEMENT NON SANGLANANT
des Lombalgies et des Sciatiques

SES RÉSULTATS

Président : M. F. COSTE, Professeur.

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut.

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER. (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX. (R.)
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL. (P.)
Biologie médicale	VERNE. (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI. (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT. (E.)
	BROCCQ. (P.)
	CADENAT. (F.M.)
	MONDOR. (H.)
	QUÉNU. (J.)
Cliniques chirurgicales	N...
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MERLE D'AUBIGNÉ. (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT. (P.)
Clinique gynécologique	GOUGEROT. (H.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRÉ. (R.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET. (P.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY. (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	CHEVALLIER. (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	BÉNARD. (H.)
	LAROCHE. (G.)
Cliniques médicales	HARVIER. (P.)
	LIAN. (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT. (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS. (D.)
	LANTUÉJOUL. (P.)
Cliniques obstétricales	LÉVY-SOLAL. (E.)
	PORTES. (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER. (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE. (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHTET. (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER. (C.)
Clinique de puériculture	LELONG. (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME. (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE. (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL. (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD. (E.)
Clinique urologique	FEY. (B.)
Embryologie	GIROUD. (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIÉTY. (M.)
Histologie	CHAMPY. (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON. (L.)

Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

BULLIARD (Histologie), CORDIER (Anatomie), DOGNON (Physique médicale),
 HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (Chimie médicale),
 M^{lle} J. LÉVY (Pharmacologie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N... DELMAS N... ff DEBEYRE	Pathologie chirurgicale	PADOVANI PATEL ROUX RUDLER SICARD N...
Anatomie pathologique	DELARUE M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS	Pathologie expérimentale	MERKLEN BROUET CACHERA DECOURT DREYFUS (G.) FAUVERT GARCIN HAMBURGER KOURILSKY LAMY LENEGRE MARCHEL MAURIC SOULIÉ
Bactériologie	BONNET FASQUELLE	Pathologie médicale	LAPLANE MARIE (Julien) CHEYMOL BARGETON PARROT
Biochimie médicale	ETTORI SCHAPIRA	Pédiatrie	DJOURNO BARUK
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS	Pharmacologie	BROUET
Histologie	COUJARD DESCLAUX	Physiologie	COUVELAIRE, R
Hydrologie	DEBRAY	Physique médicale	
Hygiène	BOYER DEPARIS	Psychiatrie	
Médecine légale	DEROBERT	Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	
Neurochirurgie	PUECH	Urologie	
Neurologie	DE SEZE		
Obstétrique	DIGONNET MAYER SUREAU VARANGOT		
Ophtalmologie	OFFRET		
Oto-rhino-laryngologie	ABUM		
Parasitologie	BRUMPT. L. C. FEYRE		
Pathologie chirurgicale	HUGUIER LEGER		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique),
GATELLIER (Clinique chirurgicale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE FUNCK- BRENTANO MÉNEGAUX	Clinique médicale	HAGUENAU MOUQUIN
Clinique médicale	BOULIN	Clinique obstétricale	ECALLE LACOMME
		Clinique ophtalmologique ..	RENARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M ^{lle} CHAINTREUIL
Bibliothécaire en Chef	Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Nom du Candidat : **PAJALT**

Prénoms : **Louis, Henri, André**

Date de soutenance : **II Mai 1949**

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

1

PAJALT (Louis-Henri-André) -
Traitement non sanglant des
Lombalgies et des Sciatiques.
Ses résultats - *Paris, Ed.*
Jonnart, 1949, in-8°, 100 p.,
(Th. méd. (Et.), Paris 1949 -
N°).

2

PAJALT (Louis-Henri-André) -
Traitement non sanglant des
Lombalgies et des Sciatiques.
Ses résultats - *Paris, Ed.*
Jonnart, 1949, in-8°, 100 p.,
(Th. méd. (Et.), Paris 1949 -
N°).

3

PAJALT (Louis-Henri-André) -
Traitement non sanglant des
Lombalgies et des Sciatiques.
Ses résultats - *Paris, Ed.*
Jonnart, 1949, in-8°, 100 p.,
(Th. méd. (Et.), Paris 1949 -
N°).

4

PAJALT (Louis-Henri-André) -
Traitement non sanglant des
Lombalgies et des Sciatiques.
Ses résultats - *Paris, Ed.*
Jonnart, 1949, in-8°, 100 p.,
(Th. méd. (Et.), Paris 1949 -
N°).

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE .

A MES ONCLES TANTES ET COUSINS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTE

Professeur de Rhumatologie
Médecin des Hôpitaux

Qui me fournit le sujet de ce travail et
s'intéressa à sa réalisation. Avec l'expres-
sion de mes respectueux hommages.

AU DOCTEUR MAURICE FABRE
Secrétaire Général
de la Société Française de Gynécologie

Qui me conseilla et me guida si judicieusement au cours de mes études. En témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse amitié.

INTRODUCTION

Depuis que la notion de hernie discale s'est imposée à tous les rhumatologues, le traitement chirurgical des lombalgies et des sciaticques à principalement retenu leur attention. Il ne faudrait pas en déduire que les traitements médicaux soient pour autant devenus désuets. La vertébrothérapie associée ou non à ces derniers, offre en effet d'intéressantes possibilités à la thérapeutique de ces algies.

Notre but dans ce travail sera d'établir par l'analyse d'un nombre suffisant d'observations personnellement suivies par nous, le rôle respectif des thérapeutiques sanglantes et non sanglantes et de rechercher dans quelle mesure les progrès des secondes permettent d'épargner aux lombalgiques et aux sciatalgiques le recours à la chirurgie.

Nos observations de sciaticques et de lombalgies ont été recueillies dans le service de notre maître le Professeur COSTE, pour apprécier la durée et la qualité des résultats obtenus, nous avons procédé à une enquête chez tous les malades, après leur sortie de l'hôpital.

Certains ont pu revenir se faire examiner, nous avons envoyé des questionnaires détaillés aux autres. Ainsi, nous sommes en possession des résultats lointains (trois mois à deux ans) de la moitié des hospitalisés du service (55 sur 114). Cette proportion permet d'arriver à se faire une idée assez nette de la valeur finale des traitements appliqués.

BASES PATHOGENIQUES et ETIOLOGIQUES

du TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas des sciaticques symptomatiques d'origine vertébrale, radiculaire, etc., mais seulement de la sciatique essentielle appelée autrefois rhumatismale, considérée aujourd'hui comme étant d'origine discale, et chercherons à déterminer la part qui, dans cette affection, revient au traitement médical.

Rappelons d'abord brièvement les principales données anatomiques.

Un fait topographique domine. Il fut récemment précisé par Magnin, Latarjet et de Sèze. Le canal vertébral dans sa partie toute latérale forme une gouttière qui, relativement large derrière le corps vertébral se rétrécit en regard du disque en un défilé interdisco-ligamento-apophysaire (défilé interdisco-articulaire de Latarjet et Magnin). Ce défilé est constitué en avant par le plan ostéoligamentaire antérieur ; rebord des corps vertébraux, anneau fibreux du disque intervertébral et expansions latérales du ligament vertébral commun postérieur. En arrière, il est limité par le plan ostéo-fibreux postérieur : articulation inter-apophysaire doublée par le ligament jaune.

L'importance prise à ce niveau par les plexus veineux de l'espace épidual diminue l'espace libre laissé aux racines L5 et S1. Celles-ci d'une part sont plus grosses que les autres et surtout leur obliquité fait qu'elles croisent le disque plus latéralement, donc en une partie plus resserrée du défilé interdisco-apophysaire que les racines sus-jacentes. Elles sont donc tout particulièrement exposées à une compression. Ces compressions peuvent venir soit du plan antérieur, soit du plan postérieur, soit d'une malformation locale, soit enfin de la racine elle-même congestionnée et œdématisée.

1° Compressions antérieures :

Le plan antérieur est formé avant tout par le disque inter-vertébral. Celui-ci est constitué de deux parties essentielles : le Nucléus pulposus, noyau gélatineux central et l'anneau fibreux. Le noyau est situé à la jonction du 1/3 postérieur et des 2/3 antérieurs du disque à égale distance de la face antérieure des corps vertébraux et des apophyses articulaires. Histologiquement, c'est un réseau lâche de fibres conjonctives. L'élasticité et l'expansibilité sont les principales propriétés physiques, dues à sa forte teneur en eau. Sa position en fait un axe de déplacement entre deux vertèbres adjacentes. Il subit ainsi d'énormes pressions dans les mouvements du rachis, pressions évaluées de 90 à 130 kilos dans le simple redressement du tronc. Enfin ces mouvements

tendent à le faire déplacer en avant dans la flexion, en arrière dans l'extension. Le noyau est maintenu par l'anneau fibreux. Mais, celui-ci déjà plus large en avant du nucléus est également plus épais qu'en arrière de ce dernier. Le ligament vertébral commun antérieur le renforce puissamment sur toute la face antérieure du corps vertébral alors que le ligament vertébral commun postérieur est un soutien plus faible et localisé à la partie médiane de sa face postérieure. Ceci explique la production d'une hernie postérieure surtout postéro-latérale du nucléus. Le siège de prédilection de celle-ci se trouve au disque L4 - L5 L5 - S1. Parfois on constate l'apparition de plusieurs hernies ou de hernies récidivantes expliquant les rechutes post-opératoires (Adhon).

De nombreuses et très larges statistiques ont été publiées sur les sciatiques par hernie postérieure. Elles en ont montré la fréquence, principalement dans les sciatiques rebelles où elle apparaît comme la cause dominante. Est-ce cependant à dire que là « réside la cause la plus fréquente des sciatiques banales, primitives en apparence » ou qu'elle est « responsable de toutes les sciatiques d'effort et de presque toutes les sciatiques tenaces ou récidivantes » (De Sèze). Peut-on invoquer dans cette pathogénie des facteurs autres que la hernie discale ? Le Professeur Coste reprenant cette question a discuté les autres causes possibles. Dans les sciatiques communes bien souvent, il ne s'agit plus d'une véritable hernie du disque, comme l'a noté De Sèze, mais de lésions minimes non opérables du plan antérieur du canal vertébral : ligament vertébral postérieur, et surtout anneau discal. Ce plan antérieur richement innervé par le nerf sinuvertébral peut constituer un foyer d'algies locales et irradiantes (Love et Walsch). De plus on s'est demandé si les sciatiques banales, étant données leurs analogies cliniques avec les sciatiques où la hernie est indiscutable n'étaient pas provoquées par une micro-lésion, un micro-traumatisme de l'anneau fibreux, en d'autres termes par une minime entorse du disque. On a constaté la hernie, pourquoi un traumatisme moindre ne donnerait-il pas une lésion moindre : l'entorse ? Celle-ci suffira à irriter les racines et les funicules du voisinage. Cette notion d'entorse est généralement admise aujourd'hui par tous les rhumatologues.

Quelle est l'étiologie de ces accidents discaux ? Nous avons déjà parlé du traumatisme ou du microtraumatisme. Il tient en effet une place importante dans l'apparition des sciatiques. Dans plus de 60 % de nos cas un traumatisme précède l'algie. Son importance est des plus variables, allant depuis la chute violente sur la région sacro-lombaire à un banal effort de redressement et encore dans ce cas ne fait-il souvent qu'exagérer des algies discrètes déjà existantes.

Mais si le nucléus déchire parfois sous l'effet d'un très faible micro-traumatisme l'anneau fibreux et l'expansion du ligament vertébral postérieur, n'est-ce pas par suite d'une sénescence du disque ? Celle-ci est assimilable aux dystrophies arthrosiques des autres articulations. Et nous voyons ainsi une place se faire d'elle-même au rhumatisme dans l'étiologie des hernies discales. Une ostéophytose vertébrale accompagne fréquemment sur la radiographie le pincement du disque hernié. Les lombalgies ou les sciatiques se rencontrent ainsi chez des sujets qui pour rester jeunes font régulièrement une gymnastique d'assouplissement mobilisant intempestivement un rachis déjà sénescant. « La sciatique évolue donc sur un fond d'arthrose vertébrale débutante » (Coste).

Nous avons vu les compressions antérieures : l'entorse et essentiellement la hernie discale reconnues comme la cause majeure des sciatiques, mais est-ce la seule cause ?

2°) *Compressions postérieures.*

Elles peuvent être provoquées par une hypertrophie du ligament jaune. On a constaté également l'existence d'arthrite interapophysaire. (Putti,

Forestier) ou d'arthrite marginale postérieure (Williams), l'œdème de voisinage gagnant le funicule et comprimant la racine. Enfin, une entorse des articulations interapophysaires peut-être incriminée.

3°) *Compression par malformations locales.*

Ce sont les compressions dues aux lombalisations et sacralisations. Dans ce cas, la 5^e lombaire étant soudée à la première sacrée, tous les mouvements de la colonne lombaire, normalement répartis sur les deux derniers disques, ne jouent que sur L4-L5. Ce disque ainsi surmené sera plus sujet à des lésions et aux compressions qui en découlent.

Ces lésions sont fréquemment unilatérales (Hémi-sacralisation) et entraînent ainsi des scoliozes qui ont leur rôle dans la genèse des sciaticques (Coste).

Une bride de Leriche et Delbet sur Spina bifida occulta de SI, une malformation du sac dural, une arachnoïdite associée au spina peuvent parfois rendre compte d'une sciaticque.

L'exagération de la lordose lombaire peut être génératrice de lombalgies et de sciatalgies. Enfin une spondylolyse plutôt un spondylolsthésis sont quelquefois retrouvés à l'origine de ces algies.

Toutefois ces malformations ne peuvent être incriminées que dans une faible proportion des névralgies sciaticques.

4°) *Gonflement œdémateux ou congestif de la racine ou de son enveloppe*

L'âge de prédilection pour la sciaticque est 40 ans. A cette époque de l'existence, le sujet est en pleine activité et ceci avec un disque déjà beaucoup moins résistant et cependant où le nucléus n'est pas encore fixé par la fibrose totale du disque. Mais 40 ans est également l'âge du début de l'hyper-uricémie, de sensibilisations diverses, d'intoxications susceptibles d'exciter un nerf dans son foramen exigü. Dans ce cas, racine ou funicule déjà hypersensibles seront irrités par une cause mécanique minime : Nombreux mouvements du tronc exécutés en force ou même lésion discale infime, ébauche de hernie, alors qu'une racine non sensibilisée ne réagirait pas. Une observation à l'appui de cette hypothèse est donnée par le Professeur Coste.

Il s'agit d'un sujet gros mangeur ayant fait plusieurs crises de lombo-sciaticque très rapprochées et toutes déclenchées par un microtraumatisme. On lui découvre une hyper-uricémie et un granulôme dentaire. L'ablation de celui-ci et un régime apurinique font disparaître tout phénomène algique. Revu trois ans plus tard, il ne souffrait toujours plus.

Très fréquemment, et nos observations en donnent de nombreux exemples, on voit s'installer des lombalgies non microtraumatiques. Puis subitement après un microtraumatisme souvent très léger (dans un cas le simple fait de se lever d'une chaise) apparaît une sciaticque.

Ces sujets présentaient vraisemblablement une lombalgie par intoxication, sensibilisation rhumatismale de leurs racines ou de leurs funicules. Un traumatisme minime, une compression ébauchée ont déclenché la sciaticque.

Le froid humide accusé si souvent par les malades d'être à l'origine de leurs douleurs, ne pourrait-il pas avoir un rôle de déclenchement par les troubles vasculaires qu'il entraîne ? Les lombo-sciaticques ont été nombreuses pendant l'hiver rigoureux de 1939-40, aux armées, chez des hommes, pourtant moins surmenés musculairement que dans leur vie civile, mais couchant au froid. Ce facteur climatique est retrouvé dans l'étiologie de certaines sciaticques non rebelles et d'intensité moyenne dont nous publions les observations. Beaucoup de malades améliorés par le

traitement, revus par la suite, accusent encore des crises hyperalgiques passagères coïncidant avec un refroidissement.

Le traitement médical doit tenir compte de toutes ces causes. Il sera double :

1) mécanique : vertébrothérapie par manipulations et extension continue dont les résultats seront maintenus par des appareils orthopédiques.

2) anti-rhumatismal visant à décongestionner, désensibiliser et anesthésier les racines par les procédés dont l'expérience a montré la valeur.

- injections ou administrations buccales de Vitamine B1.
- perfusions endo-veineuses de salicylate et substance d'action similaire.
- injections intra-veineuses d'iodohéxamine.
- radio-thérapie pénétrante sur les racines.
- injections para-vertébrales ou épidurales de novocaïne,

VERTEBROTHERAPIE PAR EXTENSION CONTINUE ET PAR MANIPULATIONS

L'idée d'agir par des moyens mécaniques sur la colonne vertébrale dans certaines affections rachidiennes remonte à la plus haute antiquité. Les anciens décrivaient avec force détails, les machines propres à redresser les cyphoses douloureuses. Ducroquet, dans les archives hospitalières de 1938 présente un de ces instruments. C'est la reproduction d'une planche du Primatice destinée à illustrer des manuscrits grecs. Cet engin très curieux comprend un cadre vertical. Le cyphotique y est suspendu par l'intermédiaire d'une ceinture passant sous les aisselles avec un point d'attache dorsal. Une deuxième ceinture prenant appui sur les crêtes iliaques permet, grâce à une corde, une traction de haut en bas, opposée à la force de suspension. Des bandes transversales allant d'un montant à l'autre du cadre immobilisent par devant le patient. Enfin, une sorte de poutre dorsale faisant levier et s'appliquant entre les deux points d'attache sur le rachis cyphotique le repousse d'arrière en avant.

Cet appareil rudimentaire et brutal était cependant fort judicieux par le choix des points de contact et l'application des différentes forces exercées sur le rachis.

Lieutaud (1703-1789) affirmait déjà l'existence de vraies entorses lombaires pouvant être guéries sur le champ en rétablissant la partie déplacée, comme on le pratique pour une entorse du pied. Il ajoutait : « Je ne sais par quelle fatalité les chirurgiens ne sont pas ordinairement heureux dans cette entreprise qu'on abandonne à des gens sans expérience et qui s'en acquittent pourtant bien en frottant fortement la partie huilée avec le pouce seul ou toute la main ». Les rebouteux avaient déjà leur prestige...

En 1837, Martin (de Lyon) expose dans un rapport à la Société médicale lyonnaise une technique qu'il avait pratiquée sur toute une série de malades. Il se mettait tout bonnement à califourchon sur le dos de ses patients pour les manipuler avec plus de force. Ainsi il publia 100 cas de guérison immédiate dans des torticolis ou des lombalgies.

Mais ces pratiques émanant souvent d'empiriques, sans examen véritable des malades ont donné à côté de résultats spectaculaires, des catastrophes. Ducroquet cite une paraplégie flasque survenue après les mobilisations d'un chiropractor sur un rachis souffrant d'un mal de Pott ancien. C'est ainsi que les médecins se sont intéressés à ces questions et ont cherché à appliquer scientifiquement ces méthodes dont la valeur est incontestable. Les Américains furent les premiers à les étudier et à les utiliser en ce sens, mais dans ce pays, l'ostéopathie et la chiropraxie sont devenues une entreprise para-médicale et les « écoles ou les facultés » d'ostéopathie éveillent à juste titre la méfiance (et encore n'envisageons-nous ici que leurs applications aux traitements des algies vertébrales et radiculaires).

On peut s'imaginer simplement leur mode d'action : ou bien elles réduisent les subluxations, les glissements vertébraux, voire même les hernies discales ou bien, dans d'autres cas, par les petits déplacements vertébraux qu'elles réalisent, elles vont libérer le nerf comprimé dans le défilé inter-disco-ligamentaire, mettre à l'aise les vaisseaux et spéciale-

ment les veines qui l'accompagnent et créer des actes réflexes dont l'effet final peut être favorable (réflexothérapie).

Voyons maintenant en détails chacune des deux grandes variétés de cette vertébrothérapie.

EXTENSION VERTEBRALE

L'effet mécanique des tractions a été soigneusement étudié par De Sèze. Il utilise une table de vertébrothérapie qui, grâce à un système de chariots, permet de réaliser des tractions segmentaires portant : soit sur la colonne cervicale, soit sur la région dorsale entre un chariot fixant la tête et un fixant le bassin, soit enfin sur la colonne lombaire entre un chariot thoracique et un immobilisant le bassin.

Des clichés radiographiques ont permis de mesurer exactement les effets de cette traction.

D'abord ils ont montré la disparition de toute courbure physiologique ou pathologique dans le segment vertébral soumis à la traction.

Ensuite le degré d'écart obtenu entre les plateaux vertébraux a été chiffré. La colonne lombaire s'allonge de 8 à 10 mm. ce qui fait un agrandissement de l'espace intervertébral de l'ordre de 1 mm. 5 pour chaque disque. Après la traction l'allongement persiste en majeure partie, sa diminution n'est que de 10 %.

L'extension vertébrale sur cette table de vertébrothérapie est jugée souvent un peu brutale. Une elongation si rapide qui se réalise en très peu de temps (chaque séance de traction sur la table dure une dizaine de minutes) ne risque-t-elle pas de produire des déchirements, des lésions ligamentaires ?

Les Américains tirent à l'aide de poids sur les membres inférieurs. Nous préférons faire porter l'elongation directement sur le bassin et procéder très progressivement par séances nombreuses, fréquentes et dépourvues de tout risque.

La technique est simple. Le malade est couché sur un lit dur incliné, tête déclive. Une ceinture large, enserrant la taille, prend point d'appui sur les crêtes iliaques. Latéralement deux cordes sont fixées, une de chaque côté, sur la ceinture. Elles passent sur deux poulies situées au pied du lit et portent chacune un poids. Habituellement chez un homme de musculature normale on commence par 5 kilos puis, deux à trois jours après on passe à 7 kilos, et enfin quatre à cinq jours plus tard, à 10 kilos. Chez certains sujets à musculature paravertébrale et abdominale développée on atteint 12 kilos. Chez la femme, on débute avec 3 kilos pour monter le plus souvent à 7 kilos. Spécifions que ces chiffres n'indiquent que le poids accroché à *chacune des 2 cordes*.

Avec ce dispositif l'elongation porte essentiellement sur le rachis lombaire. La traction s'applique par l'intermédiaire des crêtes iliaques sur le sacrum, le reste du corps en déclive faisant contre-extension.

En moyenne, le patient subit, par jour, deux séances de traction, une le matin, une l'après-midi, de 3 heures chacune. Cette règle n'est pas fixe, une liberté relative étant donnée au sujet de régler lui-même la durée de l'extension selon la façon dont il la supporte et dont elle le soulage. C'est ainsi que l'on voit des malades ne s'y soumettre que 3 heures par jour et d'autres y passer la majeure partie de la journée.

On peut pratiquer l'extension dans les positions dorsale et ventrale. Dans la deuxième on place sous l'abdomen des coussins ou mieux sous le matelas une cale de bois ou plusieurs traversins pour redresser la lordose lombaire (normalement exagérée dans le décubitus ventral). Ainsi la traction se fait mieux selon l'axe du rachis et étire plus efficacement le disque L4-L5 qu'en position dorsale. En effet dans cette

dernière la force de traction ne s'exerce qu'obliquement sur ce disque. Pour le disque lombo-sacré, par contre, la position a moins d'importance : il ne subit dans un cas comme dans l'autre qu'une extension oblique par rapport à son axe.

Par ailleurs observe-t-on une tolérance plus grande à l'extension dans une position donnée, et pour un siège donné de la lésion discale ? Nous n'avons pu l'établir. On employait sur un même sujet les deux sortes de traction et lui-même choisissait celle qui le soulageait le mieux et il s'y tenait le plus souvent par la suite. La majorité des sujets supporte à peu près indifféremment l'une ou l'autre et préfère dès lors la position dorsale plus commode.

Nous avons relevé sur près de 100 malades traités par ces méthodes 8 cas d'intolérance totale à la traction et 5 cas d'intolérance à l'extension dorsale seule, alors que la traction ventrale fut bien tolérée (Nous n'avons pas d'exemple de l'éventualité inverse).

Nous avons remarqué que certains sujets ne pouvant supporter ce traitement appliqué avec la technique précédemment décrite, devenaient parfaitement tolérant à ces mêmes manœuvres, si la ceinture, par l'intermédiaire de laquelle s'applique l'extension sur le bassin, était remplacée par un corset plâtré enserrant la taille, modelant les crêtes iliaques ; les cordes de traction étant fixées sur ce dernier.

Enfin, quelques-uns des malades interrogés sur la position qui les soulageait le mieux indiquent la position ventrale. Mais la grande majorité des patients n'a aucune préférence, et les résultats avec l'une et l'autre méthode sont à peu près équivalents. Quels sont donc ces résultats ?

Le Professeur Coste publiait voilà un an une statistique portant sur 33 sciaticques et comptait :

Echecs	5
Améliorations importantes	8
Améliorations très importantes	10
Guérisons complètes	10

Ces 33 cas se divisaient comme suit :

	TRACTIONS DORSALES (7)	DORSALES ET VENTRALES (8)	VENTRALES (18)
Echecs	1	2	2
Améliorations légères	3	3	2
Améliorations suivies de rechutes	1	0	1
Améliorations importantes	1	1	6
Guérisons	1	2	7

On pouvait ainsi conclure dans cette série à une nette supériorité de la traction ventrale.

Il est à noter que 18 de ces malades avaient eu d'autres traitements associés à la traction.

Sur les 10 cas de guérison complète il n'existait aucun signe radiologique dans 4 d'entre eux ; dans les 6 autres existait un pincement discal net.

De Sèze, tout récemment, fournissait les résultats de l'extension pratiquée sur la table de vertébrothérapie dans 50 sciaticques et 22 lombalgies.

Les 50 sciaticques montraient à la radiographie dans 20 cas un pince-

ment discal ; dans 10 cas une encoche discale ; dans 3 cas une amputation radiculaire. Il y eut après 10 séances d'extension :

35 guérisons (68 %).

16 résultats douteux ou nuls.

(résultats jugés avec un recul de six mois).

Classées selon l'ancienneté de leur apparition ces sciatiques donnaient les chiffres suivants :

10 sciatiques récentes 10 guérisons

15 sciatiques datant de 3 à 6 mois 9

1 douteux

5 échecs

25 sciatiques datant de plus d'un an ... 13 guérisons

1 douteux

5 échecs

Pour les 28 lombalgies. De Sèze indique toujours :

1 cas de lumbago aigu hyperalgique guéri en 2 séances et sur les 21 lombalgies chroniques restantes, 16 guérisons.

Ainsi l'utilité de la traction vertébrale dans les sciatiques et les lombalgies, indiquée par le Professeur Coste, se trouve confirmée par De Sèze et apparaît aujourd'hui comme un fait bien établi dont la réalité est d'ailleurs admise en tous pays.

La statistique que nous apportons ici est moins étendue que les précédentes, du moins en ce qui concerne les résultats de la traction *seule*.

En effet, la plus grande partie de nos malades a subi la traction associée à d'autres traitements.

Nous ne disposons que de 13 cas traités par l'extension seule, dont 6 présentaient à la radiographie des lésions discales et 1 une fracture vertébrale.

Les résultats immédiats sont :

12 guérisons ou grosses améliorations.

2 échecs.

Nous n'avons les résultats lointains postérieurs à 6 mois que pour 6 malades.

4 sont restés guéris.

Chez les 2 autres les rechutes ont nécessité l'intervention chirurgicale.

La position dans laquelle a été faite l'extension n'a pas semblé influencer sur les résultats.

3 cas avec extension dorsale } 3 guérisons dont 2 confirmées après 6 mois.

2 cas avec extension ventrale et dorsale } 2 guérisons dont 1 confirmée après 6 mois,

9 cas avec extension ventrale } 1 échec (sciatique consécutive à fracture vertébrale.
5 guérisons dont 1 confirmée.
2 rechutes.

Certaines de ces algies étaient très anciennes, un de nos succès concerne une sciatique datant de 13 ans.

MANIPULATIONS VERTEBRALES

Les techniques de cette thérapeutique peuvent s'appliquer à toutes les algies de causes rachidiennes. Nous n'envisageons ici que celles utilisées dans les lumbagos et les sciatiques. Le traitement se fait parfois en une, habituellement en plusieurs séances, selon les résultats, et comprenant chacune différents temps.

D'abord on s'efforce d'obtenir le maximum de relâchement musculaire. Le sujet debout est légèrement soulevé par la tête. Ensuite en décubitus ventral, puis dorsal, une série de pressions auront pour résultat d'obtenir une détente complète. Certains manipulateurs préfèrent à ce moment pratiquer un massage sur la région lombaire. Son but est double : Accentuer encore la relaxité musculaire du patient ; favoriser l'élimination des substances toxiques qui imprègnent les tissus.

Commencent alors les diverses manœuvres.

Cyriax a décrit un de ces procédés.

1) Le malade est en décubitus dorsal, l'épaule du côté douloureux est fixée sur le lit. La cuisse de ce même côté est fléchie et portée en adduction forcée.

Une autre manœuvre de torsion a été étudiée par le Professeur Coste et Galmiche.

Le sujet est en décubitus latéral, la cuisse supérieure fortement fléchie. La technique consiste alors à propulser la hanche tandis que, simultanément, l'épaule du même côté est attirée en arrière.

2) La manœuvre de Keegen. Le sujet est en décubitus dorsal et se cramponne à une des extrémités de la table. On lui commande, les membres inférieurs étant fléchis, de les projeter alternativement et brusquement en avant, comme pour donner un coup de pied. En même temps on saisit la cheville et on tire dans l'axe du membre pour renforcer ce mouvement d'extension. On prétend ainsi réduire certaines hernies discales postérieures.

3) Une hyperextension des membres inférieurs. Le malade est en décubitus ventral, le manipulateur lui prend les deux cuisses près des genoux, sous son bras gauche, tandis que la paume de la main droite repose sur les vertèbres, à hauteur de L1-L2. Dans un premier temps préparatoire les membres inférieurs sont légèrement soulevés et balancés de droite à gauche dans un mouvement de va-et-vient. Puis lorsque le manipulateur a obtenu une souplesse suffisante chez son patient, il ramène les membres inférieurs de celui-ci dans l'axe du rachis et brusquement les soulève en hyperextension alors que la main droite exerce simultanément une forte pression sur les vertèbres lombaires. Cette manœuvre est répétée plusieurs fois de suite, la main lombaire faisant varier la hauteur de son point d'appui. Nous obtenons ainsi une large ouverture antérieure des disques inter-vertébraux.

4) Une autre manœuvre a pour but d'ouvrir la partie postérieure des espaces inter-vertébraux. Le malade est en décubitus dorsal, les membres inférieurs tendus, levés à la verticale. Le manipulateur debout derrière la tête du patient attrape les jambes, les attire à lui en les écartant un peu et tend à les amener sous ses bras. Il force ainsi leur hyperflexion sur le bassin, tantôt parallèlement à l'axe du rachis, tantôt latéralement en leur imprimant un léger et lent mouvement de balancier accompagné de pressions saccadées de haut en bas. Cette manœuvre se fait aussi alternativement avec chacun des membres inférieurs.

L'action globale de ces procédés est double. D'abord mécanique sur les disques, les ligaments, les vertèbres. Ensuite ils constituent une réflexothérapie sur les différents organes dont les fonctions peuvent être altérées par les déplacements vertébraux.

Toutes ces manœuvres sont d'intérêt très inégal, voire même contestées, l'hyperextension des membres inférieurs, par exemple, est loin de rallier tous les suffrages. Toutes n'ont pas été systématiquement expérimentées dans le service. Nous ne pouvons, par conséquent, formuler un jugement sur l'efficacité de chacune en particulier. Il paraissait donc indispensable d'étudier méthodiquement ces manipulations et d'en préciser enfin la valeur exacte. Le Professeur Coste et Galmiche ont alors entrepris de vérifier les résultats de deux d'entre elles dont quelques essais préliminaires leur semblaient indiquer l'éventuelle efficacité : celle de Keegen, et la manœuvre de torsion. Ces manipulations étaient pratiquées successivement chez le même malade et après chacune d'elle, la douleur aux mouvements, la souplesse de ceux-ci, et les déformations vertébrales étaient explorées comparativement à l'état initial.

Les cas sont divisés selon l'ancienneté de l'algie, en Anciens, supérieurs à 3 mois (A). — Récents, inférieurs à 5 jours (R). — Intermédiaires (AR).

	Nombre de cas	SUCCES				ECHECS			
		A	AR	R	TOTAL	A	AR	R	TOTAL
Lombo-sciatique	75	14	15	4	35	34	3	1	38
Lombalg. microtrau.	48	2	6	30	38	3	7	0	10
Par spondylite	2								2
Par scoliose	3								3
TOTAL	126	16	21	34	73	37	10	1	53

Les auteurs tirent alors de ces chiffres et de leurs observations sur les malades ainsi traités des conclusions très intéressantes :

1) Le lumbago microtraumatique simple est plus sûrement amélioré par les manipulations que la lombo-sciatique. Il l'est d'autant mieux que l'algie est plus récente.

2) Les deux manœuvres employées ne sont pas d'égale valeur. Celle de torsion est nettement supérieure.

3) Aucun malade n'a accusé d'aggravation après ce traitement.

4) Dans la manœuvre de torsion, la propulsion lombo-sacrée doit, en principe, porter sur le côté douloureux qui est en général celui de la scoliose lombo-sacrée. Lorsqu'il n'y a pas de scoliose ou qu'elle siège du côté opposé à la douleur, ou enfin que celle-ci est médiane, la manœuvre de Keegen est seule utilisée. Si elle est inactive la manœuvre de torsion est essayée successivement de chaque côté. Mais c'est là une exception. Cette dernière, en effet, semble n'être utile que pratiquée dans un seul sens (celui défini précédemment) et serait plutôt nuisible dans l'autre.

5) La répétition à plusieurs reprises d'une manipulation qui a soulagé une fois, peut être utile, mais une seule manipulation a paru suffire dans certains lumbagos microtraumatiques.

6) La manœuvre de Keegen doit agir comme une traction exercée dans l'axe du rachis. L'elongation ainsi réalisée peut-elle suffire à réduire une hernie postérieure ou une saillie du disque ? Il est encore difficile de répondre à cette question.

7) La manœuvre de torsion tend à réduire directement la scoliose avec rotation vertébrale.

Les constatations faites immédiatement après son application n'ont à peu près jamais objectivé cette réduction même si le soulagement obtenu était important. Tout au plus diminue-t-elle légèrement la déviation vertébrale. Il faut donc abandonner l'idée que cette dernière serait la conséquence directe du décalage du nucléus correspondant. Dans cette hypothèse on ne comprendrait pas que la manipulation guérisse l'algie sans réduire immédiatement l'attitude vicieuse. Cela ramène donc à l'idée d'une scoliose réflexe qui cède lorsque s'éteint l'algie. On peut ainsi supposer que la manœuvre de torsion ait pour effet de replacer le Nucléus dans une position meilleure, ou d'atténuer une saillie postérieure du disque. La douleur se dissipe alors progressivement puis la scoliose réflexe cède à son tour.

8) L'échec de ces manipulations paraît dû, dans certains cas, à l'impossibilité de vaincre la résistance musculaire d'un sujet vigoureux.

Personnellement nous n'avons pas de statistique à apporter. Fort peu de nos malades hospitalisés ont eu des manipulations et aucun n'a subi ce traitement à l'exclusion de tout autre. Cependant, nous avons tenu à parler de cette thérapeutique, d'une part pour être complet, étant donné la place importante qu'elle tient dans la vertébrothérapie, d'autre part, parce que nous en reconnaissons la grande efficacité lorsque sont employées sur des sujets ayant subi toutes les investigations nécessaires des manœuvres dont la valeur, le mode d'action, les indications précises ont été scientifiquement étudiés. Les résultats présentés dans cet ouvrage seraient certainement meilleurs si ces essais thérapeutiques avaient été plus largement employés.

CONTENTION ORTHOPEDIQUE

Si l'on admet qu'extension et manipulations vertébrales tendent principalement à étirer les disques écrasés, à corriger de minimes torsions ou déplacements vertébraux, il faut en conclure que la contention du résultat obtenu est une condition nécessaire de succès. Nous avons pu vérifier par expérience cette simple déduction. Tous nos malades soignés par vertébrothérapie ont reçu après le traitement un lombostat. Certains même ont eu un corset plâtré, conservé pendant un mois et suivi dès son ablation d'un lombostat. Ce dernier appareil est bien supporté, les cas d'intolérance sont rares. Au contraire le sujet s'en ressent toujours très soulagé. Nous avons vu quelques malades essayer de s'en défaire, la reprise rapide des algies ne leur permit pas de continuer longtemps leur expérience.

VITAMINOTHERAPIE B 1

Le pouvoir antalgique de la vitamine B 1 est une acquisition thérapeutique relativement récente.

C'est en 1938 que le Professeur Coste et Metzger ont attiré l'attention sur son action antalgique. Parmi leurs résultats figuraient 10 sciaticques avec 6 guérisons, 2 résultats incomplets, 2 échecs : série exceptionnellement favorable.

Les doses employées à l'époque étaient très faibles de 4 mmg. à 2 centigrammes par injections intramusculaires, avec un total de 25 à 50 injections. Depuis, la posologie est devenue plus forte et on injecte quotidiennement 100 mmg. dans la veine et 200 à 300 mmg. dans le muscle.

Les résultats sont-ils en proportion de l'augmentation des doses ? Les statistiques publiées (Coste-Galmiche) répondent affirmativement à cette question. La voie d'introduction est étudiée par les mêmes auteurs. Il fut remarqué que les injections intramusculaires dans les cas de sciaticques ou de lombalgies, provoquaient parfois des douleurs locales et une recrudescence des algies sans bénéfice ultérieur. La même dose faite alors intraveineuse était parfaitement tolérée. Dans nos observations, nous avons rencontré plusieurs cas semblables. Puis la voie buccale fut également essayée. Elle présentait initialement une certaine inconvénience. Le dosage de préparations absorbables per os de vitamine B 1 était faible : (0 g. 005 par comprimé, ce qui obligeait les malades à en avaler 40 par jour). L'efficacité de cette voie d'administration fut jugée égale à celle des injections parentérales (Cattan, Attal). Ces auteurs présentant 20 cas de lumbagos traités ainsi, il n'y eut que des succès, parfois éclatants (guérison en 2 à 3 jours).

Sur une sciaticque récente mais rebelle à divers médicaments ; salicylate, histamine, analgésiques, la guérison fut obtenue complètement en 3 jours. Dans 2 autres cas récents il y eut également une amélioration nette.

Par contre les sciaticques anciennes ne donnèrent que des échecs, Denic, Vignon, Carrier, de Lyon ont publié 6 échecs sur 6 cas de sciaticques. Il faut en effet reconnaître que la sciaticque, surtout si elle est due à une hernie franche du disque intervertébral, n'est pas une bonne indication du traitement par l'aneurine (Coste). Disons cependant que cette règle comporte de nombreuses exceptions.

Nous avons utilisé ici la vitamine B I soit en injections intra-veineuses à la dose initiale de gr. : 0,10 rarement, 0,20 ou 0,30, soit le plus souvent par voie buccale à raison de 1 gr. ou davantage par jour.

Nous n'avons que 3 trois malades soignés uniquement par la vitaminotherapie B I. 2 lombalgies anciennes non microtraumatiques : ce furent 2 succès et les malades revus l'un 6 mois, l'autre 1 an 1/2 après leur traitement présentaient toujours la même amélioration très importante.

1 sciaticque ancienne améliorée après 12 jours de traitement mais quelques mois plus tard les algies réapparurent partiellement.

Mode d'action :

On ne peut admettre que tous les algiques améliorés par la Vitamine B I soient des carencés. Même s'ils l'étaient, des doses d'Aneurine bien moindre que celles utilisées suffiraient à les équilibrer. Cette substance semble agir par effet pharmacodynamique. Chauchard a expérimenté cette action. Il injecta à des animaux laissés à un régime normal et

d'espèce sensible à cette avitaminose, des doses de 5 à 10 mmg d'Aneurine par voie intrapéritonéale. Dans les 10 minutes suivant l'injection on assistait à une baisse rapide des chronaxies motrices périphériques, baisse plus marquée pour celui des 2 antagonistes dont la chronaxie est la plus haute. Il tendait ainsi à se produire une égalisation dans la chronaxie des antagonistes et de là dérivait une incoordination motrice. Cette diminution était moins sensible pour les chronaxies corticales et sensitives. Après 1 heure 1/2 tout revenait à son chiffre normal.

Si maintenant on augmente les doses d'Aneurine, il apparaît une deuxième phase inverse où les chronaxies périphériques, motrices et sensitives et la chronaxie corticale sont allongées. A partir d'une certaine dose (35 γ) cette deuxième phase apparaît si rapidement qu'on n'a pas le temps de saisir la diminution préalable. Le même phénomène est observé si après une première injection de 5 à 10 γ on en fait une autre identique. Dans cette deuxième phase, l'aneurine a une action semblable à celle des déprimeurs nerveux.

Les effets de l'aneurine se manifestent sur les centres nerveux, la variation des chronaxies périphériques n'est que le retentissement de cette action centrale. En effet, si au cours de l'action de cette substance on endort l'animal, les chronaxies reviennent à leur valeur normale s'élevant si elles étaient abaissées et s'abaissant si elles étaient élevées. Si l'anesthésie est de courte durée et qu'au réveil l'animal soit encore sous l'action de l'aneurine, on voit les chronaxies reprendre les déviations qui leur avaient été imprimées avant l'anesthésie. Enfin, l'aneurine injectée à un animal endormi sera sans action.

Merklen rappelait en 1942 une hypothèse de Minz, selon laquelle la vitamine B1 jouerait un rôle de coferment vis-à-vis de l'acétylcholine, ce qui expliquerait son rôle dans le mécanisme de transmission de l'excitation nerveuse.

Cette action dépressive de l'Aneurine sur les centres nerveux ne pourrait-elle pas faire craindre une certaine nocivité ?

Le nombre de malades ayant absorbé de la vitamine B1 est certainement considérable. En France, on n'a signalé nulle part d'accidents graves. Nous relevons cependant dans nos observations un cas d'intolérance avec apparition d'œdème de Quincke ayant nécessité l'arrêt du traitement. Le sujet avait reçu : 7 injections intraveineuses de 0 gr. 20 d'Aneurine.

Catten, Attal et Frumusan rapportent que dernièrement il a été signalé dans la presse américaine des cas de mort subite après injection intraveineuse de 100 mg. de vitamine B1. L'autopsie pratiquée dans un cas a montré une hyperhémie généralisée surtout cérébrale. Ces sujets avaient déjà reçu sans inconvénient des doses semblables également intraveineuses. Les auteurs américains expliquent ces accidents par un choc anaphylactique.

Plus récemment encore une revue médicale brésilienne publiait un cas de mort au cours de vitaminothérapie B1. Il s'agissait encore d'un sujet traité au préalable par injections parentérales et qui fit cet accident à la reprise du traitement également par injections. On peut donc conseiller pour éviter tout phénomène allergique de n'employer que la voie orale chez une personne ayant déjà reçu des injections de vitamine B1.

Il n'en reste pas moins que là sont de rarissimes exceptions et que les risques que fait courir aux malades la vitaminothérapie B1, surtout avec les précautions précédemment mentionnées, sont évidemment réduits.

PERFUSIONS ENDO-VEINEUSES DE SALICYLATE ET DE SUBSTANCES SIMILAIRES

Nous administrons très peu de salicylate de soude par voie buccale ou par injections intraveineuses simples, mais nous préférons le goutte à goutte intraveineux.

Dans 250 cm³ de sérum physiologique on met une dose de salicylate variant de 1 à 6 gr., plus 1 gr. d'antipyrine. La perfusion dure de 1 heure 1/2 à 2 heures et se fait le sujet étant à jeun.

On commence par la dose de 1 gr. pour augmenter d'1 gr. par injection jusqu'à 6 gr., chiffre qu'on ne dépasse pas.

En moyenne le sujet reçoit une imprégnation tous les 2 jours, si sa tolérance est bonne, une par jour. Mais peu de malades supportent ce rythme. Quant au nombre total d'imprégnations, il dépend lui aussi de la tolérance individuelle. Elle est en effet des plus variables et dans l'ensemble pas excellente. Quelques malades font un choc. Environ 1/2 heure après la fin du goutte à goutte intraveineux apparaissent des frissons, la température s'élève parfois jusqu'à 39° puis progressivement tout rentre dans l'ordre environ de 3 à 5 heures après le début de l'accès. Dans un cas nous avons constaté l'apparition d'œdèmes chez une personne ayant fait quelques années auparavant un œdème de Quincke. D'autres sujets, les plus nombreux, accusent simplement des troubles digestifs immédiats et passagers les empêchant assez régulièrement de déjeuner le jour où ils ont reçu une imprégnation le matin.

Ces intolérances ne doivent pas systématiquement faire arrêter le traitement. Le sujet doit chercher à s'habituer et au salicylate et aux troubles ressentis à condition évidemment que ceux-ci soient passagers et ne retentissent pas sur l'état général. Cependant dans bien des cas le nombre d'imprégnations supportées est assez restreint et la tolérance absolue se voit environ chez la moitié des malades. Cette méthode présente tout de même des avantages. D'abord l'intolérance digestive est encore beaucoup plus marquée si l'on utilise la voie buccale. Celle-ci oblige à des prises fractionnées, l'absorption de la muqueuse intestinale est très irrégulière selon les individus. On ne peut donc arriver à une concentration sanguine aussi élevée et aussi rapidement élevée que par le goutte à goutte intraveineux. (Pellé)

Les injections intraveineuses ordinaires ne permettent pas non plus cette même concentration. Pour éviter les oblitérations veineuses on ne peut injecter une solution de salicylate supérieure à 5 % d'où la nécessité de fractionner la dose si elle est un peu élevée. Déjà il y a l'incommodité de piquer 4 à 5 fois ou plus le malade dans une même journée. Mais surtout l'élimination du salicylate est rapide. D'après Schlessler (thèse de Paris 1923), une injection intraveineuse de 1 gr. de salicylate ne laisse le premier jour dans l'organisme que 0 gr. 25 du produit. Il faut alors plusieurs jours pour réaliser un taux de concentration sanguine comparable à celui obtenu immédiatement dans l'imprégnation.

Enfin, dans les cas les plus favorables où le sujet peut supporter quotidiennement sa dose de salicylate en goutte à goutte, l'organisme n'ayant pas le temps en 24 heures d'éliminer tout ce qu'il a reçu, on arrive à un taux très élevé et donc à un maximum d'efficacité. N'oublions pas toutefois que la rapidité d'élimination est variable selon l'état du rein. Un sujet jeune pourra désimprégner son organisme deux fois plus rapidement qu'un sujet âgé.

C'est un facteur dont il faut tenir compte en prescrivant la fréquence des doses, et en supputant le degré probable de l'imprégnation tissulaire.

INJECTIONS INTRA VEINEUSES D'IODO HEXAMINE

L'iodohexamine ou iodo hexa méthylène - tétramine est de l'uroformine iodée. Nous avons donc associé l'action anti-infectieuse de l'uroformine avec les propriétés anti-rhumatismales de l'iode.

L'inocuité de ce produit est complète. Nous l'administrons à la dose de 1 gr. en injections intraveineuses souvent associées avec l'imprégnation salicylée. Aucune intolérance ne fut observée.

RADIOTHERAPIE

La radiothérapie est employée depuis longtemps et avec une grande efficacité dans diverses manifestations algiques.

On utilisait dans les lombo-sciatiques des doses assez fortes : 250 r par séance avec 2.500 r et plus au total.

Ces fortes irradiations ne sont pas sans inconvénients. D'abord les accidents cutanés, et qui sait si les radiodermiies ne s'accompagnent pas parfois des lésions tissulaires plus profondes ? Ensuite on constate que cette radiothérapie intensive exposait à des exacerbations douloureuses. Il y aurait une poussée algique réactionnelle au traitement qui souvent disparaît d'elle-même et fait place à l'amélioration. Mais parfois elle persiste et le sujet reste aggravé. Même, transitoire cette phase hyperalgique est dans certains cas particulièrement pénible, voire même dramatique. Que faire chez ces malades ? Diminuer les doses, mais l'efficacité sera-t-elle conservée ? C'est la question que se posait en 1936 le Pr. Coste à propos des faits précédents.

On avait déjà remarqué que quelques sujets atteints de lombo-sciatiques étaient soulagés après la prise de plusieurs clichés radiologiques. La quantité de rayons ainsi reçus était très faible et difficile à évaluer.

Une expérimentation fut réalisée sur des sciatiques avec de très faibles doses 6 séances de 30 à 50 r chacune, les résultats se décomposaient ainsi :

- 13 cas de succès ;
- 6 cas d'échecs ;
- 2 cas avec échec puis applications ultérieures de fortes doses — également échec ;
- 7 cas avec échec puis amélioré par de fortes doses ;
- 2 cas d'exacerbation avec fortes doses calmées par des petites doses ultérieures.

Cette méthode des très faibles doses est donc un peu moins active que les procédés habituels.

Elle présente quand même de réels avantages :

- 1° les poussées réactionnelles hyperalgiques sont ainsi évitées ;
- 2° elle épargne au sujet des doses importantes 2.500 r et plus dont nous ne sommes pas certains de l'inocuité future absolue ;
- 3° En cas d'échec de ces petites doses on peut toujours essayer une irradiation plus intense, qui du reste ne réussira pas toujours. Peut-on alors parler de temps perdu ? Sans doute si les douleurs sont très

intenses, mais c'est précisément dans ce cas où le risque de réaction hyperalgique est le plus grand ;

4° Enfin en commençant par de petites doses on peut tâter la susceptibilité du sujet.

Actuellement nous procédons, dans les sciaticques par doses croissantes : deux séances de 50 r, une ou parfois deux de 100, et les autres de 150 r, sans monter au delà de ce chiffre. La dose totale ne dépasse jamais 1.250 r, et même beaucoup de malades reçoivent une quantité moindre de Rayons. La région irradiée est le lieu d'émergence des racines sciaticques, en regard des 4^e et 5^e disques lombaires.

Les poussées réactionnelles sont ainsi très rares et dans ces cas exceptionnels elles sont de faible intensité.

Il va sans dire que chez la femme non ménopausée nous évitons ce traitement.

Il est difficile de ne pas évoquer quelques considérations pathogéniques sur le mécanisme décongestif et antalgique de la radiothérapie.

Un article signé PAGNIEZ, SALOMON, COSTE, datant de 1926, étudie les variations de l'équilibre acido-basique du sang sous l'action des rayons X.

On remarque d'une façon constante après une irradiation Roentgienne une augmentation de l'alcalose sanguine. Cette augmentation n'apparaît qu'une heure après la radiothérapie et dure 24 heures et plus. Elle est constante dans son apparition, mais irrégulière dans son degré. Les mesures faites en même temps sur la réserve alcaline ne décelèrent aucune variation parallèle à celle de l'alcalose, ses modifications du reste non constantes se font sans aucun rapport avec l'élévation du pH sanguin.

Ces faits montrent donc une perturbation apportée par les R x dans le mécanisme régulateur de la réaction sanguine.

Plus tard, en 1936, le Pr Coste tire de ces faits une hypothèse pathogénique.

La réaction tissulaire dans les cas de petites doses, est de suite localisée et limitée au foyer irradié. Elle consiste en modifications physico-chimiques.

La première modification est assez souvent une très courte période acidotique, due à la mobilisation immédiate d'électrons par les Rayons x. Immédiatement après apparaît l'alcalose. Elle est à coup sûr la conséquence d'un phénomène plus ample et plus précoce qui se passe dans le foyer irradié. D'après les travaux de Mistchenko ce serait la traduction d'une décomposition des protéines tissulaires, décomposition ou bien d'origine directement Roentgienne, ou d'origine fermentaire due aux protéases des Leucocytes détruits. Les produits de cette décomposition, (que nous ignorons) apparaîtraient dans le sang sous formes d'acides éliminés par le rein, et de bases retenues dans celui-ci en vertu de sa fonction d'épargne, et trop faibles pour solliciter le système régulateur du pH. Ainsi s'explique le type dissocié de cette alcalose n'affectant pas la réserve alcaline.

Dans ces conditions la Radiothérapie aboutirait à une variété de chimiothérapie. Ces produits non précisés, de désintégration agiraient sur les terminaisons nerveuses du foyer irradié ayant sur elles un rôle à la fois décongestif et anesthésiant.

INJECTIONS PARA-VERTEBRALES ET EPIDURALES DE NOVOCAINE

Epidurales et infiltrations para-vertébrales de Novocaïne constituent un moyen non durable sans doute, mais rapide de soulager lombalgies et sciatiques. Nous en faisons presque à tous nos malades et fort peu s'y refusent.

Dès 1924 SICARD et COSTE exposaient la technique de l'injection épidurale. Ils injectaient à cette époque du Lipiodol de 5 à 10 cm³. La statistique fournie porte sur 10 cas de coccydinie et lombo-sciatique. Il y eut 7 améliorations.

La question est reprise en 1931. On commence cette fois à infiltrer de la Novocaïne. Les résultats sont jugés alors supérieurs à ceux obtenus par la radiothérapie.

Barré fait, toujours à cette époque, des infiltrations para-vertébrales de Novocaïne au niveau de L5. Il publie des résultats spectaculaires et immédiats, mais fugaces malheureusement. C'est le cas de malades courbés par un lumbago s'en retournant droits et souples chez eux et revenant quelques jours voire 24 heures après aussi dolents qu'auparavant ou presque. On remarque en effet que souvent les algies réapparues n'étaient pas aussi violentes que les premières et en répétant fréquemment ce traitement on arrive à soulager notablement, à guérir même certains malades.

Tout récemment le Professeur COSTE, GALMICHE et MAUVOISIN ont précisé l'étendue de l'action anesthésiante de l'épidurale. Ils injectèrent chez un sujet atteint de lombalgie du Lipiodol fluide. Le sujet était en position genu-pectorale et la progression du Lipiodol fut suivie sous l'écran radiologique. Il fut ainsi constaté qu'avec 20 cm³ de Lipiodol, liquide pourtant plus visqueux que la Novocaïne, on atteignait L3. 40 cm³ permettaient de remonter jusqu'à la partie supérieure du rachis dorsal. L'espace péri-dural est alors entièrement injecté, les gaines périnerveuses infiltrées.

De cette étude il ressort la possibilité d'anesthésier les racines quelque soit leur niveau en sachant seulement proportionner la quantité de liquide avec la hauteur du point à atteindre.

Cependant l'injection para-vertébrale selon la méthode de Barré paraît supérieure. En effet la Novocaïne a besoin pour injecter tout l'espace péri-dural de pénétrer dans le rachis avec une certaine pression. Elle risque ainsi d'augmenter à hauteur du défilé interdisco-articulaire la compression des racines déjà œdématisées ou congestionnées. De plus une substance quelconque même anesthésiante mise en contact direct avec les racines peut avoir une action irritante, tandis qu'avec la technique de Barré la Novocaïne n'arrive sur ces dernières que par diffusion.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 1 Malade âgé de 37 ans	Début progressif en juillet 47 pas de microtraumatisme. 20 sept 47 accentuation considérable après microtraumatisme.	SPONTANEE	PROVOQUEE	SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
		Région lombaire Fesse dr. F.P. cuisse Quelques irradiations à la jambe.	Pas de lasègue. Pt doul. à la grande échancre sciatique au creux poplité.	Hypoesthésie légère à la face postérieure de la jambe droite.	Normaux.	Est immobilisé au lit.		Lombo-sciatique d'apparition progressive renforcée par microtraumatisme.
N° 2 Malade âgé de 58 ans	Début très progressif pas de microtraumatisme.	Fesse g. F.P. cuisse F.A.E. jambe. Dos du pied. Gros orteil.	Ebauche de lasègue. Pt de Valloix à la cuisse.	Nuls.	Normaux.	Marche très pénible.	Radio Pas de lésion radiologique.	Sciaticque gauche type L 5 non microtraumatique.
N° 3 Malade âgé de 47 ans	Début en sept. 47 par lumbago à la suite d'efforts répétés. Descente progressive de la douleur dans le M.I.	F.P. cuisse. F.A.E. jambe. Dos du pied. Gros orteil.	Lasègue g. à 30%. Faible lasègue controlatéral.	Nuls.	Normaux.	Marche et station debout pratiquement impossible	Radio Pincement du disque L 4 L 5. Lombalisation de S 1.	Sciaticque g. type L 5 après microtraumatismes répétés.
N° 4 Malade âgé de 42 ans	Début progressif voilà 3 mois sans microtraumatisme (Colique N.-Gono actuellement guérie.	Région lombaire. Fesse l/2 sup. P.E. jambe.	Lasègue G. Pt doul. Para-vert. niveau L 4 - L 5 sciatique fesse-cuisse.	Nuls.	diminution de l'Achilléen g.	Marche pénible.	Radio léger pincement L 5 S 1.	Sciaticque g. faible pincement L 5 - S 1
N° 5 Malade âgé de 21 ans	Progressif à la suite de microtraumatismes répétés.	Fesse (légère). F.P. de la cuisse. Mollet F.P. Talon.	Lasègue très net à droite. Lasègue controlatéral.	Nuls.	Normaux.	marche et station debout très pénibles	légère scoliose lombo-sacrée droite. Faible pincement du disque L 4 L 5.	Sciaticque droite microtraumatique Type S 1.
N° 6 Malade âgé de 36 ans	Notion de microtraumatisme.	Trajet L 5.	Lasègue à gauche.	Nuls.		Marche très pénible.	Aucune lésion.	Sciaticque gauche L 5 microtraumatique.
N° 7 Malade âgé de 37 ans	Progressif par lombalgies. Pas de microtraumatisme net.	Lombaire. Fesse. F.P. cuisse. F.A.E. mollet.	Lasègue. Bonnet. Pies doul. gout; Ischio trochant. F/P/cuisse creux poplité col du péroné.	Nuls.	Normaux.		Aucune lésion.	Sciaticque dr. L 5.
N° 8 Malade âgé de 53 ans	Progressif par doul. lombaire. Pas de microtraumatisme.	F.P. genoux. F.A.E. jambe. Dos du pied. Gros orteil.	Pis de Valloix nets. Pression g épineuse L 5 doul.	Nuls.	Légère diminution Achilléen Médio-plantaire g.	Station debout très pénible.	Scoliose lombaire directe. Pincement total disque L 4 L 5.	Sciaticque g. L 5 avec pincement discal net.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothéamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radiothérapie	Orthopédique
N° 1							
Lombo sciatique d'apparition progressive renforcée par microtraum.	20 i. 5, 7, 10 kg.	20 i. 5, 7, 10 kg.	20 i. 11 g. I.V.	20 i. 0 g. 30 bévotine			Sort le 18 Oct. 47 ne souffrant plus.
N° 2							
Sciatique gauche L 5 non microtraumatique.	10 i. 3 kg. n'a pas été supportée.	9 i. 5, 7, 10 kg. bien tolérée.	1 g. I.V.	30 i. 0 g. 30 bévotine			Sort le 24 Oct. 47 très amélioré.
N° 3							
Sciatique g. L 5 après microtraumatismes répétés.	20 i. 3, 4, 5, 6 kg.	20 i. 3, 4, 5, 6 kg.	1 g. I.V.	12 i. 0 g. 30 bévotine			Sort le 4-12-47 amélioré. Marche non doul. Lasègue à 60°. Plus de doul. sortie de Cochin. Persis- tance de l'amélioration Peut faire son travail fonctionnelle, considérable mais persistance de qqs signes objectifs. En résumé - guérison partielle mais résultat très satisfaisant.
N° 4							
Sciatique g. Faible pincement L 5 S 1.	20 i. 5, 7, 10 kg.	20 i. 5, 7, 10 kg.	12 i. 1 g. I.V.	14 i. 8 g. bévotine	12 i. 2 g. salicylate Na I.V.	5 séances	Aucun résultat. Sort en vue d'une intervention.
N° 5							
Sciatique dr. microtraum. S. 1.	5 i. 3 kg.	11 i. 7 - 10 kg.	10 i. 1 g. bévotine fait après échec de l'ext.	0	Infiltrations para vertébrale après l'échec de l'extension	+	Ext. dorsale aggravant les douleurs. Ext. Vent. action très modérée. Sort très amélioré par les autres traitements.
N° 6							
Sciatique g. L 5.	13 i.	0	1 g.	8 i.	0		Sort pratiquement guéri.
N° 7							
Sciatique dr. L 5.	non tolérée.	7 i. 3 - 5 kg.	1 g.	7 i. 0 g. 30	0		Disparition complète des douleurs.
N° 8							
Sciatique g. L 5 avec pincement discal net.	1 i. 5 kg. tous les jours une séance de manipulations.	16 i. 7 - 10 kg.	3 inj. I.V. de 1 g. salifomide 4 inj. I.V.	0 g. 10 en I. V.			Amélioration très nette. Sort à peu près guéri.

Février 49 - Persistance de l'amélioration. Ne se plaint que de quelques sciatalgies dr. très légères provoquées par la fatigue.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE, FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 9 Malade âgé de 55 ans	Lumbago d'apparition brutale après microtraumatisme en mai 48. Est hospitalisé de suite.	Spontanée	Provoque	Nuls.	Normaux.	Raideur douloureuse du rachis lombaire empêchant tout mouv. du tronc.	Radio Ostéophyte L5 sacrum horizontal. Pincement post. L5-S1.	Lumbago microtraumatique.
N° 10 Malade âgé de 40 ans	Gros traumatisme en 35, ayant déclenché : lombalgies puis sciatique, guérison spontanée en 3 mois. Récidives par crises en 39 - 42 - 47.	Fesse. F.P. cuisse. F.P. jambe. Plante du pied. Survenant à la fatigue.	Lasègue dr. Lasègue controlatéral. S. Bonnet. Pression doul. des épineuses L1 et L5. Je l'espace L5-S1.	Nuls	Normaux	Partielle	Radio gros pincement discal L4-L5. gynécologie. Salpingite associée. gonio +.	Sciatique dr. ancienne et récidivante avec gros pincement L4 - L5.
N° 11 Malade âgé de 43 ans	En 47 lombalgie dr. non micro-traumatique guérie par élévation dans le service De Sèze. Début 48 lombalgie brusque à gauche après microtraumatisme. Antécédents syphilitiques.	Région lombaire g. à la hauteur de L3 L4 Pas d'irradiation dans le M.L. Très vive au réveil, se calme dans la journée.	Pas de lasègue. Pas de Pt de Vallet. Légère douleur à la pression du pli fessier.	Nuls	Normaux	Flexion du tronc très limitée. Pas de douleurs à la marche.	Radio ? Scoliose dorsale gauche.	Lumbago microtraumatique.
N° 12 Malade âgé de 55 ans	Début progressif en oct. 47. Intensité croissante des algies entraînant l'arrêt du travail. Radiothérapie sans résultat.	Fesse g. F.P. cuisse. F.E. de la jambe. Dos du pied. Douleurs constantes et très vives.	Lasègue à 30° à g. Pt doul. sur le trajet du sciatique.	Nuls	Normaux	marche, station debout pénibles.	Radio Ostéophytose lombaire. Pas de pincement discal.	Sciatique G. type L5. Non microtraumatique.
N° 13 Malade âgé de 50 ans	Début très progressif depuis juillet 46. Pas de microtraumatisme.	Fesse. F.P. cuisse. F.E. jambe. Gros orteil Accrue par toux et éternuements	Lasègue g. à 40°. Bonnet à g. Pt. doul. paravertébral g. Niveau L4 L5	Nuls	Normaux	marche pénible.	Radio scoliose lombosacrée directe. Hémisacralisation L5. Pincement très net L4 L5.	Sciatique gauche L5 avec pincement L4 - L5.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S				R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-hexamine Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique
N° 9 Lumbago microtraumatique.	Essai de traction n'a pas pu être supportée.	1 g. I.V.	18 i. 1 g. salicylate Na	Sulforgan 5 i. en I. V.		Sort en juin 48 les douleurs très notablement diminuées.
N° 10 Sciatique dr. ancienne avec gros pincement L4 L5.	10 i. 3, 4, 6 kg.			Traitement Anti-infectieux contre salpingite. Pénicilline 11 jours à 1.000.000 U. O. Adiazine 4 jours - 4 g.		Sort pratiquement guérie.
N° 11 Lumbago microtraumatique.	15 i. 5, 7, 10 kg.					Sort en mars 48 pratiquement guéri.
N° 12 Sciatique L5 non microtraumatique.	10 i. - 1 g. Bévrine.		9 3 à 6 g.	3 séances		Sort en juin 48 amélioré. Disparition du Lasège, ne souffre plus.
N° 13 Sciatique L5 g. pincement marqué L4 L5.	20 i. 3, 5, 7, 5 kg.					Sort pratiquement guéri.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 14 Malade âgé de 47 ans	Assez brusque après microtraumatisme. Crise traitée avec succès par radiothérapie. Puis récidive.	Fesse. F.P. cuisse. F.E. Mollet. F. dorsale du pied accentuée par la toux	Engourdissement M.I.G.	Normaux	marche, station debout pénibles.	Radio scoliose directe. Pas de lésion discale.	Sciatique g. L5 sans lésion discale apparente.
N° 15 Malade âgé de 32 ans	En 1947 vives douleurs lombaires apparues dans un faux mouvement. Malade immobilisé 5 jours. Quelques mois après même épisode doul. provoqué par une flexion du tronc.	Douleurs partie basse de la région lombaire au niveau de l'angle sacro lombaire. Douleur bilatérale. Pas d'irradiation dans le M.I.	Nuls	Normaux	Immobilisé au lit.	Radio microtraumatique sans lésion visible.	Lumbago microtraumatique sans lésion radiologique.
N° 16 Malade âgé de 51 ans	Lombalgies progressives en 46. Crise brusque en sept. 47. Pas de microtraumatisme. Traitement radiothérapique qui a aggravé les douleurs Des épидурales l'ont soulagé.	Région lombaire avec irradiation dans la face antérieure des cuisses. Exagérée par le décubitus et la toux.	Nuls	Diminution de l'Achilleen gauche.	Impossibilité de fournir le moindre effort. Marche pénible.	Radio Sacralisation de L5. Spina bifida. Arc. post. de L5 incliné.	Lombalgies avec malformation L5.
N° 17 Malade âgée de 54 ans	Début brusque voilà 10 ans après traumatisme. Fréquentes crises sur fond doul. permanente	Fesse. F.P. cuisse. F.P. mollet. Exacerbée par les efforts et la fatigue.	Nuls	Abolition Achilleen Médio-plantaire dr.	Impossibilité de faire le moindre effort. Marche pénible.	Radio Scoliose directe léger pinc. L5 - S1.	Sciatique S1 d'origine traumatique
N° 18 Malade âgé de 21 ans	Voilà 2 ans fortes lombalgies après microtraumatisme. Légèrement amélioré par radiothérapie. Puis reprise.	Fesse. F.P. cuisse. F.P. mollet. Tendon d'Achille. Accroissement violent par toux éternuements.	Nuls	Diminution Achilleen à droite.	Marche très pénible.	Radio Spina bifida S1. Aftaïssement L5 - S1	Sciatique dr. S1. Hernie L5 S1 nette. Spina bifida S1.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S			
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-hexamine Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 14 Sciaticque g. L5 sans lésion discale apparente.	5 i. mal supportée	28 i. 1 g. I.V.		19 i. 2 g. Salicy. Na IV	26 i. infil. paravert. 12 jours Infiltr. musculaire d'alcool Antipyrinée.			Résultats modérés sort amélioré.	1 an 1/2 après sa sortie le malade se déclare toujours amélioré. N'a pas eu de crises hyper- algiques. Ne se plaint que de quelques douleurs dans le M.I. g. appa- raissant le matin au lever mais de courte durée.
N° 15 Lumbago microtraumatique sans lésion radiologique.	10 i. 3, 4, 6, 7 kg.						prescription d'un lombostat.	Sort en février 48 très amélioré. Disparition du Lasègue. Persistance d'une légère douleur aux mouvements.	
N° 16 Lombalgies avec malformation de L5.	2 i. 5 kg. N'a pu la supporter	17 i. 1 g. I. V.	17 i. bévitine 0,60 I.V. pd 4 i. 13 i. 0,40 I.V.		1 infil. para- vertébrale.		Corset plâtré.	Sort en Mars 48 très amélioré. Plus de points douloureux. Plus de lasègue.	
N° 17 Sciaticque SI peu caractérisée.	16 i. 5, 6, 7 kg.						lombostat.	Sort apparemment guéri. Réapparition de l'Achilleen et du médio- plantaire dr.	Fév. 49. - 3 mois après sa sortie de l'hôpital réapparition d'algies très intenses. A dû être opérée par le Prof. Petit Dutailly se déclare satisfait des résultats de l'opération.
N° 18 Sciaticque SI hernie marquée du disque L5 SI Spina bifida.	13 i. 5 - 10 kg. aucun résultat.	6 i. 1 g. I.V.		6 i.	3 infil. paravert.		lombostat.	Sort peu amélioré	

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 19 Malade âgé de 42 ans	Début brusque après microtraumatisme en juin 48	F.P. cuisse jambe, F.A.E. jambe.	Lasègue à g. à 20°. Pression douloureuse L5.	Hypoesthésie dans le trajet L5 au dos du pied.	Diminution de l'Achilléen gauche.	Partielle hypotonie dans M.I.G.	Radio Légère scoliose lombaire directe. Pincement net L4 L5. Spina occulta S1.	Sciaticque g. type L5 avec pinc. net L4 - L5.
N° 20 Malade âgé de 33 ans	Brusque. Nombreux microtraumatismes.	Lombaire basse. F. P. cuisse. Mollet. Plante du pied.	S. Lasègue bilatéral 10° à droite. Pression vertébrale douloureuse.	Légère hypoesthésie à droite.	Normaux	Marche impossible. Flexion limitée du tronc.	Sacralisation de L5. Léger pincement L5 - S1.	Sciaticque S1 par microtraumatismes répétés.
N° 21 Malade âgé de 37 ans	Brusque. Pas de microtraumatisme évident.	Lombaire. F.P. cuisse. Mollet. Dos du pied.	Lasègue 60°. Pression vertébrale douloureuse.	Nuls	Normaux	Marche pénible.	Sacralisation de L5. Pincement latéral dr. L4 - L5.	Sciaticque droite L5.
N° 22 Malade âgé de 39 ans	Progressif. Traumatisme sur la hanche du côté opposé. Goutte en 44. Récidive actuellement	Face post. de la cuisse. Face post. et ext. de la jambe. Accentuée par l'effort. Calmée au repos.	Lasègue à dr. Pression des épineuses L4 L5 doul. Pt de Valleix 1) enmergence du sciaticque 2) gout. ischio trochant.	Nuls	Achilléen médio-plantaire diminué à droite.	Raideur lombaire.	Légère scoliose directe.	Sciaticque droite de topographie incertaine.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique
N° 19 Sciastique g. L5 pincement net L4 L5.	17 i. 5, 7, 10 kg.	11 i. 1 g.	35 i. Aneurisme.	11 i. de 2 à 6 g.	O	10 séances.	lombostat.
							Sort en Nov. 48 amélioré. Plus de douleurs spontanées, ni à la marche mais persistance d'un signe de lasègue.
N° 20 Sciastique S1 par micro-traumatismes répétés.	20 i. 5, 7, 10 kg.	1 gr. 5 i.	6 comp. Béritine. Bénerva forte 6 comp. 10 i.	5 g. pendant 20 i.	O	4 séances	lombostat.
							Mars 48 Très amélioré Marche possible et non doul. Persistance de quelques doul. subjectives.
N° 21 Sciastique droite L5.	20 i. 5, 7, 10 kg.	1 gr. pendant 10 i.	O	Salicylate Na 1 g. en I.V. 10 i.	O	O	lombostat.
							Février 49 Réapparition des sciatalgies à la fatigue gênant la marche et la station debout. Le malade a suivi alors un traitement de Rayons X qui l'ont bien amélioré.
N° 22 Sciastique droite topo. incertaine.	10 i. 3, 5, 7 kg.	7 i. 7, 10 kg.	13 i. béritine buccale. Commencées après l'échec de l'extension.	O	O	O	lombostat.
							Février 49 Aucun résultat avec les tractions. Très faible amélioration à sa sortie.
							Ne souffre plus du côté dr., mais apparition d'une sciastique gauche avec douleurs continues exacerbées par la fatigue et la marche.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 23 Malade âgé de 47 ans	Brusque après traumatisme. Numbreux traumatismes dans ses antécédents. Accidents auto-moto. Blessures 1913. Amortaise transitoire.	Lombalgies droites, Fesse dr. Cuisse. Puis descente de la douleur : Mollet. Face plantaire du pied. Gros orteil	Lasègue à 30° à dr. Bonnet. Pt de Valleix. Pression doul. de L1.	Fourmillements dans les M.S. et M.I.	Achilleen dr. diminué.	Marche pénible.	Radio Aucune lésion. Ex. ophtalmol. Névrite rétro-bulbaire. B.W. - gono -	Sciatique traumatique. Topo. peu nette. Associée à Névrite rétrobulbaire.
N° 24 Malade âgé de 33 ans	Opéré en 46 d'une hernie disque L4 L5. Réapparition de la douleur après traumatisme.	Douleurs lombaires.	Lasègue à dr. Douleurs lombaires avec irradiation à la cuisse à g. Pression douloureuse des épineuses L2 L3.	Hypoesthésie F.A.I. cuisse dr. F.E. jambe gauche.	Normaux		Radio Sur le rebord ant. de L4 petit fragment triangulaire détaché du corps vertébral.	Lombosciatique consécutive à fracture avec fragments osseux de L4.
N° 25 Malade âgé de 41 ans	Début en 45 par lumbago. Crise de sciatique en 47. Nouvelle crise après microtraumatisme amenant son hospitalisation. Antécédents ablation des seins pour tumeur non néo-plasique.	Fesse g. Cuisse F.E. mollet dos du pied.	Lasègue g.	nuls	vifs		Pas de pincement discal.	Sciatique L5.
N° 26 Malade âgé de 36 ans	Lombalgie droite d'apparition progressive voilà un an. Pas de microtraumatisme.	Région lombaire dr. Pas d'irradiations descendantes. Un peu excurbées par la toux.	Pas de lasègue. Pas de Pt de Valleix.	Nuls	Normaux	Extension du tronc très douloureuse.	Radio aucune lésion visible.	Lumbago non microtraumatique.

OBSERVATIONS	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Impregnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	RESULTS	LOINTAINS
N° 23 Sciaticque traumatique Topo peu nette associée à névrite rétrobulbaire.	10 i. 5, 7, 10 kg.	10 i. 5, 7, 10 kg.	5. Inj. I.V.	6 comp. bévifine pendant 11 j.				lombostat.	Très peu d'amélioration.	Février 49 - L'amélioration légère ne s'étant pas maintenue a été opérée par le Professeur Petit Dutaillis. Quatre mois après l'intervention réapparition des algies dans le M.I. dr., puis des nouvelles douleurs plus vives, très fortes à la fatigue et à l'effort gagnèrent M.J.G. Donc l'échec du traitement chirurgical	
N° 24 Lombo-sciaticque consécutive à fracture avec fragment osseux de L4.	12 i. 3, 7 kg.							lombostat.	Aucun résultat. Va essayer une intervention.		
N° 25 Sciaticque L5.	10 i. 3, 4, 6 kg.		Extrait hépatique.						Sort en Avril 48 très améliorée.	Rechute en Décembre 48. Sciaticque paralysante. Echec du traitement médical, passe en chirurgie. Intervention ne montrant pas de hernie. Laminectomie sans résultat.	
N° 26 Lumbago non microtraumatique.					12 j. 4 g. d'entéro-salicyl.	3 Infil para-vertébrales.			Sort en Mars 48. très amélioré.	Février 49 - Se plaint de quelques lombalgies à l'effort. Ne souffre ni à la marche ni à la station debout et peut continuer son travail de manœuvre.	

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	Q O U I E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 27 Malade âgé de 40 ans	Début progressif voilà 3 mois sans microtraumatisme.	Région lombaire. Irradiations interférentes et bilatérales à la F.A. des cuisses et organes génitaux ext. Aggravée par la fatigue.	Pas de points douloureux à la pression.	Nuls	Flexion du tronc très limitée.	Radio scoliose lombaire droite. Spina occulta L5.	Lombalgie non microtraumatique avec scoliose lombaire.
N° 28 Malade âgé de 48 ans	Microtraumatisme en avril 46 suivi de lombalgies. Crises douloureuses en 47 très violentes.	Fesse g. F.A. de la cuisse et de la jambe. Douleurs continues très vives.	Lasèque à g. Pt doul. Partie supérieure interne fesse. F.A. cuisse sur le crural.	Rotulien gauche diminué.	Complète malade immobilisé au lit.	Radio Scoliose lombaire gauche. Lipiodol.	Sciatique indéterminée avec cruralgies. Origine microtraumatique.
N° 29 Malade âgé de 43 ans	Brusque après microtraumatisme.	F.P. cuisse. P.A.E. jambe. Gros orteil.	Lasèque à 80° Douleur à la pression du rachis lombaire.	Nuls	Légère.	Scoliose directe. Pincement du disque L4 L5.	Sciatique dr. type L5 avec pincement discal L4 L5. Origine traumatique.
N° 30 Malade âgé de 37 ans	Début brusque par lombalgies 10 juil. 48. Crise persistante avec descente des douleurs de le M.I. confines entraînant l'insomnie.	F.P. cuisse. F.A.E. jambe. Dos du pied 1° & 2° orteils. Douleurs confines entraînant l'insomnie.	Lasèque. Signe de Bonnet.	Nuls.	Impossibilité de fournir le moindre effort. Station debout très pénible.	Radio Légère asymétrie du disque L4 L5.	Sciatique L5.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique
N° 27 Lombalgies non microtraumatiques avec scoliose lombaire.							
N° 28 Sciaticque indéterminée avec cruralgies. Origine microtraumatique.	16 j. 5, 7, 10 kg mal supportée.		34 j. 1 g I.V.	33 j. 6 cc. benerva forte.	34 j. salicyl. Ne 2 g I.V.	4 séances.	lombostat.
N° 29 Sciaticque dr. L5 avec pincement discal L4 L5. Origine traumatique.	30 j. 5, 7, 10 kg.	O	13 j. 1 g I.V.	0 g 60 Bévine I.M			
N° 30 Sciaticque L5.	7 j. 5, 7, 10 kg mal supportée.				5 j. 2, 4, 5 g.	9 séances	

R E S U L T A T S

IMMEDIATS

LOINTAINS

Sort en Mars 48.
Février 49 - Est très soulagé par le simple port d'un lombostat - par contre réapparition des algies, s'il le pose pour travailler.

Traction sans résultat.
Sort légèrement amélioré de lombalgies à l'effort, par les autres traitements. Peut cependant continuer son travail d'ouvrier fraiseur en évitant de soulever quoi que ce soit de pesant.

Février 49 - soit un an après sa sortie. Se plaint d'une lombalgie avec sciatalgie droite modérée, mais continue exagérée par la fatigue gênant la station debout. Se déclare cependant amélioré et peut continuer son travail de soudeur à l'arc. Accuse depuis sa sortie de Cochin une paralysie des muscles de la loge ant. de la jambe droite.

N'a pu supporter la traction. Sort Sept. 48 un peu amélioré. Station debout possible pendant 1 h. Mais ne peut fournir de manutention aux P.I.T. aucun effort.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 31 Malade âgé de 40 ans.	Début progressif sans microtraumatisme, en Fév. 1948. Intensification brusque des algies fin Mars 1948.	F.P. cuisse. F.P. jambe g. Tendon d'achille. Douleurs exagérées par le décubitus dorsal.	Zone d'hypoesthésie sur les 2/3 inf. de la face Ant. ext. de la jambe.	Abolition de l'Achilleen gauche.	Marche très pérille. Hypotonie des muscles de la jambe.	Scoliose lombo-sacrée.	Sciatique gauche S1.
N° 32 Malade âgée de 50 ans.	Début brusque microtraumatique voilà 18 mois par crise ayant duré 1 mois. Nouvelle crise post microtraumatique 6 mois plus tard et actuellement présente une 3 ^e crise.	Région lombo-sacrée. Fesse. Puis irradiations dans le M.I. g. Douleurs particulièrement vives.	Longue bande d'hypoesthésie à la F.P. de la cuisse, du genou, du mollet, jusque sur le tendon d'achille. Fourmillements au mollet, le trajet du sciatique talon, plante du pied.	Abolition de l'Achilleen et du medio plantaire g.	Totale. Malade complètement immobilisée au lit et ne pouvant rester qu'en décubitus latéral dr.	Radio Pincement du disque lombo-sacrée.	Sciatique gauche atypique, type S1, origine micro-traumatique et pincement discal.
N° 33 Malade âgé de 36 ans.	Depuis 3 ans crises brusques de sciatalgies cédant spontanément.	F.P. cuisse. Mollet. Dos et plante du pied. Douleurs très vives prédominant au pied.	Nuls	Normaux	Complète	Radio Légère ostéophytose sur L3 L4.	Sciatique à topographie non caractéristique.
N° 34 Malade âgé de 36 ans.	Début très progressif pendant l'hiver 1939-40. Pas de microtraumatisme. Renforcement des algies toujours sans microtraumatisme.	Douleurs lombaires. Irradiation à la fesse et à la F.P. de la cuisse. Douleurs changeant de côté d'un jour à l'autre, calmées par le repos.	Nuls	Normaux	Marche impossible.	Légère scoliose droite. Peut être pincement L4 L5.	Lombo sciatique non microtraumatique.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S				
	Extension Dorsale	Extension Ventrals	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 31 Sciaticque gauche S1.	2 j. 5 kg.	5 j. 7, 10 kg.		3 j. 4 g. aneurine.		1 infil. Novocaïne.		Lombostat.	Aucun résultat. Est opéré en Mai 48, on pratique une radio- tomie S1. Pas de hernie.	Février 49 - A fait 12 séances de diathérmie après l'intervention. En a été très soulagé. Actuellement ne souffre plus. A récupéré une capacité fonctionnelle complète. Achilléen g. aboli et persistance de l'hypotonie des muscles de la jambe.
N° 32 Sciaticque g. aigue type S1 origine microtraumatique et pincement discal.		11 j. 2, 5 kg.	4 j. 1 gr.	19 j. 0 g, 20 béviline I.V.	3 j. 1 g, 50 aspirine.	4 épidurales.	10 séances. 3 ampoules stérogyl. 16 j. suppo-calcium.	Lombostat.	Sort début Janvier 49. Ne souffre plus. Persiste à la pression un point douloureux en regard du disque L5-S1. L'Achilléen g. n'est pas réapparu. Disparition presque totale des troubles sensitifs.	
N° 33 Sciaticque à topographie non caractéristique.	7 j. 5, 7, 10 kg.			9 j. 1 g. aneurine.	3 j. 2, 3, 4 g.	1 épidurale.	2 séances.	Lombostat.	Disparition brusque de toute douleur après une épidurale. Le traitement est cependant continué. Sort en Oct. 48 guéri apparemment.	
N° 34 Lombo-sciaticque non microtraumatique.		36 j. 5, 6, 7 et 10 kg.						Lombostat.	Sort le 30 Novembre 47 pratiquement guéri.	

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 35 Malade âgé de 46 ans.	Douleurs anciennes puis apparition brusque d'une crise doul. Pas de microtraumatisme.	F.P. jambe, F.E. coup de pied, Talon. Pas de microtraumatisme.	Nuls.	Normaux.	Marche très difficile. Flexion du tronc limitée.	Radio Scoliose inverse.	Sciatique de microtraumatisme sans notion.
N° 36 Malade âgé de 46 ans	Assez brusque sans microtraumatisme. Début depuis 3 mois.	Fesse. F.P. cuisse, F.E. jambe, Dessus du pied, Orteils. Aggravée par la toux et le décubitus.	Nuls.	Normaux.	Station debout. Marche pénible.	Radio Hémisacralisation q. de L5 avec ballement de l'interligne ouvert à dr.	Sciatique dr. Type L5. Pas de microtraumatisme.
N° 37 Malade âgée de 36 ans	Lombalgies très anciennes Escalation brusque après microtraumatisme.	Disparition des lombalgies après le microtraumatisme. Apparition de douleurs à la cuisse, F.E. jambe, Dos du pied, Gros orteil, Exacerbée par le décubitus.	Bande d'hyperesthésie : FE jambe, FE dos du pied.	Normaux.	Marche pénible.	Radio Pincement très net L4 L5. Hémisacralisation L5 à g.	Sciatique Type L5 avec pincement discal net.
N° 38 Malade âgé de 60 ans	Brusque par lombalgies - après traumatisme. Crise douloureuse - continue pendant 2 mois Antécédent tuberculeux pulmonaire.	Région lombaire dr. F.P. cuisse, Irradiant - la face ext. F.P. interne de la jambe, Gros orteil, Prédominances doul. à la jambe.	Légère hypoesthésie diffuse dans le M.t. droit.	R. rotulien dr. diminué, Achilléen aboli	Période de crise : impotence complète.	Ostéophytose du 4 ^e disque. Sérologie Pas de signes de Tabès.	Sciatique aiguë avec abolition des Achilléens. Sans topographie précise.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothéamine Vit. B ₁	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique
N° 35 Sciaticque S ₁ sans notion de microtraumatismes.	9 i. 5, 7, 10 kg.	9 inj. I.V.		2 inj. para-vert.	3 séances.	Sort très amélioré en Mai 1948.	
							Février 49 - Persistance de l'amélioration. Ne souffre plus ; présente une légère crise hyper- algique en Juin 48 localisée au M.I. q. Depuis a repris sans la moindre gêne son travail de cimentier.
N° 36 Sciaticque L5 pas de microtraumatisme.	11 i. 13, 4, 6 kg.	6 inj.	13 i. 1 g de bévitrine.	1 i. mal supportée.	4 séances.	Lombostat. Sort pratiquement guéri.	
N° 37 Sciaticque L5 avec pinc. discal net.	8 i. 3, 5, 7 kg non tolérée.	10 i.	10 i. 4 g par jour.	7 injil. para-vert.	4 séances 50 100 150x2 R.	Lombostat. Aucun résultat sera opérée.	Mars 49 - 11 mois après sa sortie de Cochin. A refusé l'intervention chirurgicale et a conti- nué chez elle le traitement avec extension manipulations, radio- thérapie. Se déclare maintenant très amé- liorée. Qqs algies dans le M.I.G. persistant à l'effort. Peut sans gêne remplir toutes ses occu- pations de ménagère.
N° 38 Sciaticque aiguë avec abolition des achilléens sans topo- graphie précise.			11 i. 1 g 50. aneurine		2 séances	Guérison brusque dès le 2 ^e jour.	Réapparition partielle mais assez conséquente des algies. Ne peut fournir aucun effort et a eu d'autres crises douloureuses depuis son hospitalisation.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 39 Malade âgé de 40 ans	Début progressif voilà 7 mois. Rebelle à tout traitement.	Fesse dr. F.P. cuisse. Col péroné. F.E. jambe. Face dorsale du pied.	Lasègue 50° à droite. Pas de lasègue contro-latérale. Pt Valleix. Fesse dr. S.P.E. Tibial post.	Hyper-esthésie 1/2 ext. face dorsale pied droit.	R. Normaux. Rigidité doul. du rachis lombaire. Station debout pénible, marche égale.	Radio affaïssement du 4 ^e disque. Scoliose lombaire directe.	Sciatique droite type L5 avec affaïssement du disque L4 L5.
N° 40 Malade âgé de 37 ans	Début très progres- sif par doul. rachidiennes au niveau de L5 fin déc. 47. Descente rapide dans le M.I. gauche.	Fesse gauche. F.P. cuisse F.P. jambe calmées par le repos lui interdisant tout effort.	Lasègue g. à 45°. Percussion doul. apophyse ep. L5. Pt Valleix à la grande échancrure sciatique.	Nuls.	Ne peut fournir aucun effort.	Radio Scoliose gauche marquée.	Sciatique g. type S1.
N° 41 Malade âgé de 74 ans	Début brusque après un effort en Août 48. Antécédent de cystite ayant nécessité son hospitalisation.	Région lombaire. Fesse gauche. F.P. cuisse. Cheville g. accrue par le décubitus.	Lasègue à g. Pt de Valleix à la grande échancrure sciatique. Cuisse g. Tête du péroné.	Nuls.	Normaux.	Légère rotation des épineuses vers la gauche.	Lombo sciatique g. d'origine microtraumatique.
N° 42 Malade âgé de 44 ans	Début par lumbago traumatique Oct. 47. Janvier 48. Descente des doul. dans le M.I. par crises très douloureuses.	Fesse g. P.P. cuisse. Mollet F.E. Paroxysmes très intenses déclenchés par la toux.	Lasègue à g. très marqué.	Nuls.	Complète en période de crise.	Radio avec lipiodol : Amputation de la 5 ^e racine lombaire. Scoliose sacro- lombaire gauche.	Sciatique trau- matique type L5.

OBSERVATIONS	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothéramine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radiothérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	RESULTS	LOINTAINS
N° 39 Sciaticque dr, avec affaïssement du disque L4 L5.	6 l. 5 et 7 kg.			18 l. 1 g aneurine.	11 l. 2, 3, 4, 5 g puis reprise 8 l.		5 séances.	lombostat.		Choc après la 3 ^e imprégnation salicylée — a cependant pu continuer. Sort le 28 juin 48 très amélioré — Subsiste seule une douleur provoquée dans la région trochan-térienne dr.	
N° 40 Sciaticque g. type S.J.	10 l. 7, 10 kg.			30 l. 1 g aneurine			15 séances.	lombostat.		N'a pu supporter les tractions. Sort en juillet 48 très amélioré par les autres traitements.	
N° 41 Lombo sciaticque g. d'origine microtraumatique.				Thiazomide pour la cystite.		1 infl. para-vertébrale.	9 séances.			Sort de Cochin en mai 48, amélioré.	Février 49 - L'amélioration ne s'est pas maintenue. Douleurs lombaires gauches interdisant la marche et la station debout.
N° 42 Sciaticque traumatique type L5.	5, 7, 10 kg.			29 l. 1 g 5 aneurine.			9 séances.	Corset plâtré suivi d'un lombostat.		Sort en juin 48, amélioré.	Le 5 Octobre 48 - Rechute dès l'ablation du plâtre. Actuellement douleurs très vives. Lasèque à 45°. Point douloureux sur tout le trajet du sciaticque. Est opéré Laminectomie + greffe pas de hernie. Le 31/1/49 - Sort de Cochin pratiquement guéri par l'intervention. Fév. 49 - Sciatalgies très modérées apparaissant à la fatigue gênant rapidement la marche et surtout le malade incapable de tout travail. Le traitement chirurgical a également échoué.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 43 Malade âgé de 58 ans.	Crise doul. mars 48 : début brutal. Nouvelle crise en juin 48 : pas de microtraumatisme, pas de lombalgie initiale. Rentré à l'hôpital au cours de sa 2 ^e crise. Accident d'auto mai 44 : fracture ouverte cuisse g. avec raccourcissement 5 cm M.I.G.	Spontanée	Fesse droite. Face postérieure cuisse. Face extérieure jambe.	Lasègue à 45°. Points douloureux para vertébraux en regard de L4 - L5 - SI. Points de Valleix sur trajet L5 SI.	Nuls.	Normaux.	Radio - Sacralisation bilatérale de L5. Ostéophytose de L3 L4. Léger pincement disque L4 L5.	Sciatique droite type L5.
N° 44 Malade âgé de 49 ans.	Petites crises de sciatalgie depuis 1937. En 1947 Microtraumatisme déterminant une crise très violente. En 1948 nouvelle crise amenant l'hospitalisation.	Douleurs bilatérales plus accentuées à g. Région lombaire. F.P. cuisse. F.P. jambe. Talon.	Lasègue à droite à 60°. Pression douloureuse sur L5 SI.	Nuls.	Abolition de l'Achilleen droit.	Marche et station debout très pénibles.	Radio Pincement très net L5 SI.	Sciatique droite type SI.
N° 45	Très progressif. Pas de microtraumatisme. Trait de Natodine. Radio-thérapie inefficace	Fesse g. F.P. cuisse. F.P. jambe. Talon g.	Lasègue à gauche.	Légère hypoesthésie dans le territoire SI.	Abolition Achilleen Medioplantaire g.	Marche et station debout très pénibles.	Radio Grosse cyphose lombaire. Scoliose lombaire directe Léger pincement L5 SI.	Sciatique g. Type SI avec pincement discal.
N° 46	Assez progressif en janvier 48 par lombalgie. Juillet 48 crise brutale amenant son hospitalisation.	Région lombaire. Partie post. de la fesse. F.P. jambe. Talon. Douleurs par paroxysme interdisant tout effort.	Lasègue à 50° à dr. Pt doul. au niveau de L5 SI. Doul. exagérées à la toux	Nuls.	Tous normaux.	Marche pénible. Tout travail est impossible.	Radio Cyphose dorsale. Scoliose lombosacrée inverse léger pinc. L5 SI.	Sciatique droite type SI.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S		
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothéamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique
N° 43 Sciaticque droite type L5.	13 i. 3, 7 kg.	21 i. 1 g.	21 i. 1 g bévitrine.	19 i.	4 épidurales.			Sorti le 30 juin amélioré.
N° 44 Sciaticque droite S1.	0	0	1 g I.V.	9 i. 1 g bévitrine.	9 i. 1 g salicylate Na.			Sort le 30 Juin 1948 très amélioré. Ne souffre plus. Marche normale. Plus de lasègue. Mais l'Achilleen reste aboli.
N° 45 Sciaticque gauche S1 avec pincement discal.	17 i. 4, 5, 6, 7 kg.	17 i. 4, 5, 6, 7 kg.	1 g I.V.	22 i. 1 g S aneurine.	6 i. 2, 3, 4 g 3 x 6 g.			Sort le 3 Août 1948 sans aucune amélioration. Va être opéré.
								L'intervention n'a montré aucune hernie. Ablation de la lame de L5 à g. greffe. Subit ensuite 1 mois 1/2 traitement médical. Iodothéamine, Aneurine, salicylate. Sort en octobre 48 peu amélioré.
N° 46 Sciaticque dr. type S1.	0	13 i. 4, 5, 6, 7 kg.	8 i. 1 g.	8 i. 2 g aneurine.	8 i. saliformide	3 épidurales.		Sort en Octobre 1948 sans aucune amélioration.
								En février 49 - réapparition d'algies cependant moins vives qu'avant son hospitalisation. A présenté une crise douloureuse de courte durée peu après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R SPONTANEE	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 47 Malade âgé de 45 ans	Depuis 20 ans 1 ou 2 crises de lumbago par an. Dernière crise le 28 mars 48 amenant l'hospitalisation.	Région lombaire basse à droite. Légère irradiation de la fesse. Exagérée par la toux. Actuellement doul. très vive.	Nuls	Normaux.	Totale : malade immobilisé au lit par la présente crise.	Aucune lésion radiologique.	Lumbago dr. sans lésion radiologique.
N° 48 Malade âgé de 70 ans.	Lombalgies à la fatigue depuis 20 ans. En 46 descente de la douleur ds le M.I. En Février 48 brusquement 2 crises douloureuses.	F. Post. E. F.E. jambe. F. sup. E. du pied.			Marche très pénible.	Radio Scoliose lombaire droite assez marquée.	Sciaticque type L5.
N° 49 Malade âgé de 53 ans	Début progressif sans micro- traumatisme, action probable du froid humide.	Douleurs localisées fesse gauche, très vives.	Nuls.	Légère diminution du rotulien gauche.	Marche presque impossible	Radio Hernie infra- spondyleuse de L5.	Sciaticque gauche.
N° 50 Malade âgé de 54 ans	Printemps 45 Sept. 47 janv. 48 a fait des crises de lumbago, chaque fois précédées d'un microtraumatisme. Nouvelle crise en juillet 48 mais progressive sans microtraumatisme. La doul. descend ds M.I. g. Pas d'amélioration par trait. avec Naïrodine et salicylate Radiothérapie.	F. P. cuisse gauche, genou. F.A.E. jambe. Dol. du pied. Doul. tantôt étendues à toutes ces régions, tantôt localisées à chacun de ces points exagérés par décubitus dorsal et par la toux.	Hypoesthésie à la piqûre selon une bande à la face ext. de la jambe et dos du pied à g.	Normaux.	Légère. Les douleurs s'atténuent à la marche.	Radio Scoliose à convexité droite. Pincement du disque L4 L5.	Sciaticque gauche type L5 avec pince- ment discal L4 L5.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothéramine Vit. B1	Impregnations salicylées de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS LOINTAINS
N° 47 Lumbago droit sans lésion radiologique.		16 j. 3, 5, 6 kg.				lombostat.	Sort en Avril 1948 très amélioré.
N° 48 Sciastique type L5.			12 i 6 c bévrine.				Sort en mai 48 amélioré. Février 49 - Réapparition de sciatalgies droites continues mais modérées. La fatigue et les efforts les exagèrent ce qui interdit tout travail au malade. Celui-ci se déclare cependant amélioré par rapport à la période précédant l'hospitalisation.
N° 49 Sciastique gauche.			15 i. 1 g i.v.	9 i. 1 à 2, 3, 4 et 5 g 5 à 6 g			Sort amélioré.
N° 50 Sciastique gauche type L5 avec pincement discal L4 L5.		11 i. 2, 3, 7, 8 kg		2 i. 2, 3 gr.		posé d'un corset plâtre.	Sort le 3-9-48 légèrement amélioré.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TRoubles de la SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 51 Malade âgée de 37 ans.	Nov. 47 Apparition progressive d'un lumbago à g. Janvier 48 Sciatique droite sans microtraumatisme.	Spontanée	Provocquée	Nuls	Achilleen droit très diminué.	Marche très pénible.	Radio Scoliose droite.	Sciatique SI.
	Région lombaire. Fesse. F.P. cuisse. F.P. jambe. Tendon d'achille. Exagérée par la toux, l'effort, le débilité.	Lasègue 60° à dr. Pression doulou- reuse sur les disques L4 - L5 - L5 - SI.	Nuls					
N° 52 Malade âgée de 38 ans.	Début progressif en Sept. 48. Calmée par le repos.	Région lombaire sans irradiations. Calmée par le repos.	Lasègue à 40° bilatéral. S. de Bonnet bilatéral. Pt doul. en regard de L5. Pt de Valleix fessier.	Nuls	Normaux	Raideur doul. du rachis lombaire. Impossibilité de fournir un effort.	Radio Légère ostéophyse L3 L4.	Lumbago.
N° 53 Malade âgée de 41 ans.	Début brusque en Août 48. Traumatisme quelques mois auparavant	Région lombaire bilatérale. Irradiant dans la fesse et la région supéro ext. des cuisses. Exagérée par la toux, Calmée par le repos.	Lasègue à 40° bilatéral. S. de Bonnet bilatéral. Pt doul. en regard de L5. Pt de Valleix fessier.	Nuls	Normaux		Radio Légère scoliose lombo-sacrée dr.	Lombo-sciatique bilatérale.
N° 54 Malade âgée de 54 ans.	Depuis 4 ans doulour dorso lombaire avec descente pastagère dans le M.I.	Début au niveau de D12 et L1. Irradiation descen- dante : Région sacrée. Fesse. F.P. cuisse. F.P. mollet. Tendon d'Achille et talon.	Pas de Lasègue. Pt de Valleix : à la fesse à la cuisse.	Nuls	Normaux		Radio Ostéoporose du rachis lombo sacré. Pincement L5 SI.	Sciatique SI avec pincement du disque lombo-sacré.
N° 55 Malade âgée de 40 ans.	Début brusque voilà 5 ans par microtraumatisme. Depuis 1 an appa- rition de crises fréquentes et très douloureuses. Gono dans ses antécédents.	Cuisse g. F.P. jambe. Tendon d'Achille. Talon.	Pas de lasègue.	Nuls.	Abolition Achilleen et médio- plantaire gauche.	Marche très pénible.	Radio Léger pincement discal L5 SI. Ex-gynécologique. Exo-cervicique.	Sciatique gauche SI.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-hexamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique
N° 51 Sciaticque SI.	12 i. 3, 5, 6, 7 kg.	12 i. 1 g i.V.	12 i. 1 g				Sort de Cochin en juin 48 amélioré. Février 49 - Le malade se déclare en parfait état, et très satisfait de son traitement. Ne ressent plus aucune douleur.
N° 52 Lumbago.	5 i. 5, 7 kg.	5 i. aneurine 1 g.					Sort en sept. 48 pratiquement guéri.
N° 53 Lombo sciatique bilatérale.	11 i. 3, 5, 6, 7 kg.	23 i. 1 g i.V.	23 i. de 0,30 g à 1 g 30 de bévitrine.		1 épidurale.		Sort en octobre 48, sentant une grosse amélioration.
N° 54 Sciaticque droite avec pincement du disque lombo-sacré.	6 i. mal supportée.	24 i. de 0 g 25 à 1 gr. bévitrine.	4 ampoules Stérogyl-15	24 i. suppo-calcium	6 infli. lombo-sacrée.	9 séances.	Sort en décembre 48 très légèrement améliorée.
N° 55 Sciaticque gauche SI.		5 i. 1 gr.	6 i. 0 g. 20 à 0 g 80 bévitrine.		Pénicilline 10 i. à 1.000.000 U. Suppo-calcium 9 i. Stérogyl-15 - 2 ampoules.		Sort en décembre 48 légèrement améliorée.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 56 Malade âgé de 70 ans.	Début progressif en Oct. dernier. Avait déjà eu une crise de sciatique en 47. Pas de microtraumatisme.	Spontanée Fesse droite. F.P. cuisse. Mollet. Plante du pied. Très vives et rebelles aux antalgiques.	Provoquée Pt douloureux à la grande échancre sciatique à droite.	Nuls	Abolition achilleen et rotulien dr.	Ostéophytose importante au niveau du rachis lombaire et surtout de L5.	Sciatique droite.
N° 57 Malade âgé de 50 ans.	Depuis 2 à 3 ans présente chaque année plusieurs crises sciatologiques survenant sans cause apparente. Pas de microtraumatisme.	Spontanée Fesse dr. F.P. cuisse. F.P. de la jambe ne dépassant pas le niveau des malléoles.	Provoquée Lasègue 40 % à dr. Pt douloureux au niveau de L5.	Nuls.	Diminution rotulien droit et abolition de l'Achilleen dr.	Pincement très marqué du disque lombo sacré.	Sciatique SI.
N° 58 Malade âgé de 48 ans.	Depuis de nombreuses années lumbago successifs provoqués par des microtr. minimes. Juin 48 accentuation des algies avec descente dans M.I.	Spontanée Fesse dr. F.P. cuisse. F.P. Ext. du mollet. F. Plantaire du pied. Douleur exagérée par la toux.	Provoquée Lasègue dr. à 50 %. Pt doul. sur L5 SI. F.P. fesse gouttière malléolaire ext.	Paresthésies au niveau des 4 derniers orteils à dr.	Abolition de l'achilleen droit.	Peut-être léger pincement L5 SI.	Sciatique L5.
N° 59 Malade âgé de 38 ans.	Début progressif en 47 par lombalgies, descendues progressives. Oct. 47, juin 48 ne souffre plus. Reprise des algies en juillet après un microtraumatisme. Antécédents traumatiques.	Spontanée Région lombaire. Fesse. F.P. cuisse à gauche.	Provoquée Pt douloureux à la grande échancre sciatique et à la F.P. de la cuisse g. Lasègue ébauché à g.	Nuls	Achilleen diminué à gauche.	Pincement net du disque lombo-sacré.	Lombo-sciatique avec pincement discal net.
N° 60 Malade âgé de 40 ans.	Le 15 Août 47 lumbago survenant brutalement après un microtraumatisme. Descente de la douleur ds le M.I. Traité sans succès par ionisation. Crise violente en juillet 48, calmée par Vfr. B1, puis reprise en Août.	Spontanée Fesse à dr. Cuisse. P. P. jambe. Talon. Plante du pied. Douleurs très vives.	Provoquée Lasègue à 45°. Pas de Pt douloureux.	Bande d'hypoesthésie à la F.P. de la cuisse et F.P.E. du mollet.	Achilleen aboli à droite.	Pincement L5 SI.	Sciatique SI avec pincement discal.
					Totale		

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S				
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylés	Infiltrations de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 56 Sciaticque droite.	22 i. 5, 7, 10 kg.		23 i. 1 g 5 aneurine.	27 i 4 g. saliformiode.	5 i. 2, 3, 4, 5 gr.	13 épidualales. 7 infil. para-vert.	3 séances.		Sort en janvier 49 pratiquement guéri.	
N° 57 Sciaticque SI.	20 i. 5, 7, 10 kg.		24 i. 1 g aneurine 5 i. 2 gr.		5 i. 2, 3, 4, 5 gr.	8 épidualales.	3 séances.	lombostat.	Sort en janvier 49 pratiquement guéri.	
N° 58 Sciaticque L5.	22 i. 5, 7, 10 kg.		9 i. 1 g iodo-héxamine.	26 i. 1 g. aneurine.	9 i. 2, 3, 4, 5 g.	3 épidualales.		lombostat.	Sort en janvier 49 pratiquement guéri.	
N° 59 Lombo-sciaticque avec pincement discal net.	34 i. 5, 7, 10 kg.		7 i. 1 g.	5 i. aneurine.	5 i.	10 épidualales.	9 séances.	prescription d'un lombostat.	Sort en janvier 49 pratiquement guéri.	
N° 60 Sciaticque SI avec pincement discal.	10 i. 5, 7, 10 kg.	10, 12.		20 i. 1 g aneurine.	2 i. 2, 3 g.		7 séances.	lombostat.	Pas d'amélioration est opérée le 27 sept. 48. Laminectomie hernie L5 SI curetée greffe de SI à L4 prélevée sur la crête iliaque.	

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 61 Malade âgée de 43 ans.	Lombalgies depuis 1935 provoquées par la flexion du tronc. Puis sciatiques depuis 1945 ; en même temps doul. à l'épaule.	SPONTANEE F.E. cuisse. F.E. jambe. Région lombaire.	PROVOQUEE Lasègue à g.	Nuls Achilleen gauche diminué.	Marche très pénible.	Scoliose lombo-sacrée dr.	Lombo-sciatique L5.
N° 62 Malade âgée de 23 ans.	Août 45. lombalgies progressives non microtraumatique. Janvier 46 nouvelle crise avec irradiations dans M.I. g. Août 48 encore une crise de lombalgie puis en se levant d'une chaise la malade sent la douleur descendre dans le M.I.	Région lombaire. F.P. cuisse. F.P. Mollet. Tendon d'Achille. Plante du pied.	Lasègue à 45° dr. Doul. à la pression, de l'épineuse de L3.	Diminution de l'achilleen dr.	Complète.	Scoliose droite. Pincement L5 S1.	Sciaticque S1 avec pincement discal.
N° 63 Malade âgé de 32 ans.	Lumbago micro-traumatique en 45. Nouvelle atteinte en 47 après micro-traumatisme. Crise en sept. 48 avec descente des algies ds M.I.	Région lombaire. F.E. de la cuisse. F.E. de la jambe. Mollette ext.	Lasègue à gauche.	Nuls		Aucune lésion.	Sciaticque vraisemblablement S1.
N° 64 Malade âgé de 50 ans.	Voilà 15 ans lumbago d'effort depuis crises hyperalgiques fréquentes. Le 4 Nov. dernier descente de la douleur ds le M.I. brusquement le matin au lever.	Région lombaire. Fesse. F.E. cuisse. Irradiations douloureuses aux genoux et dans le territoire de l'obturateur.	Lasègue ébauché à gauche.	Nuls	Marche et station debout pénibles. Mt de la hanche gauche doul. avec limitation de l'abduction.	Radio Début d'arthrose de la hanche gauche. Ostéophytose limitation de sur L5.	Lombo sciaticque g. coxarthrose débutante.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S			
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 61 Lombo sciatique L5.		11 j. 3, 5 kg.		17 j. de 0 g 20 à 1 g bévité.	9 épidurales. 17 j. suppo-calcium - 9 j. sulforgan.		lombostat. lomborgan.	Sort en février 49.	
N° 62 Sciatique S1 avec pincement discal.		14 j. 2, 5 kg.	6 j. 1 g.		1 amp. Stérogyl - 11 j. Suppo-Calcium.		lombostat.	Sort en Décembre 48 très amélioré.	
N° 63 Sciatique vraisemblablement S1.		11 j. 2, 5 kg.		6 j. 0 g 20 à 0 g 6 bévité.	3 infiltr. para-vert. 7 j. 2 comp. de sulforgan.		lombostat. lombostoire de Ca.	Sort en février 49 très amélioré.	
N° 64 Lombo sciatique gauche coxarthrose débutante.	37 j. 5, 7, 10 kg.		6 j. 1 g. 24 j. 1 g aspirine - 8 j. 0 g 05 gardénal.	6 j. 3, 4, 5, 6 gr.	9 épidurales.	8 séances.	lombostat.	Sort en janvier 49 pratiquement guéri.	Mars 1949 - Plus aucune douleur sciatique. L'abduction de la hanche gauche est tou- jours limitée et doulou- reuse. On pratique une radiographie du bassin pour juger de l'évolution de sa coxarthrose.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 65 Malade âgé de 41 ans.	A 18 ans lumbago microtraumatique, 21 ans, 30 ans nouveaux lumbagos. Depuis crises à répétition et à exacerbée par la toux.	Région lombaire, avec irradiations à la F.P. cuisse, Mollet. Talon du côté dr. Douleur très vive	Lasègue à 50° à dr.	Nuls	Abolition de l'Achilleen gauche.	Complète.	Radio Scoliose g. associée à une légère cyphose.	Lombo sciatique S1.
N° 66	Lombalgies voilà 10 ans. Récemment lumbago microtraumatique. Voilà 2 mois nouvelle crise, le malade invoque le froid comme cause. Descente des D. dans le M.I. g.	Fesse. F.P. cuisse. F.P. jambe. Tendon d'Achille. Douleurs exagérées par le décubitus.	Lasègue à dr. à 50° Pt doult. para vert. niveau S1.	Nuls	Abolition Achilleen droit.		Scoliose lombo-sacrée droite.	Sciatique S1.
N° 67 Malade âgé de 36 ans.	Début brusque par microtraumatisme en 43. Accentuation des algies depuis un an.	Région lombaire dr. Fesse D. Exagérée par les mouvements calmée par le repos.	Lasègue à droite. Pt douloureux au niveau de L5 S1 et sur la crête iliaque. En avant sur la tête fémorale.	Nuls.	Normaux.	Claudication, mais pas de douleur à la marche.		Lombo sciatique droite.
N° 68 Malade âgé de 49 ans (S.N.C.F.)	Début brutal après microtraumatisme en mars 48. Puis descente de la douleur ds le M.I. Lumbago d'effort.	Région sacro iliaque g. F.P. cuisse g. très légère. F.A.E. de la jambe.	Lasègue g. à 60°.	Nuls.	Normaux.	Marche très pénible.	Scoliose lombaire et lombo-sacrée.	Lombo-sciatique L5.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique
N° 65 Lombo-sciatique SL.	39 i. 5, 7, 10 kg.	39 i.	13 i. 1 g.	21 i. 1 gr. aneurine.	13 i. jusqu'à 6 gr. 39 i. - 2 cachets composés par jour.	9 séances.	
							Sort en mars 49 pratiquement guéri.
N° 66 Sciastique SL.				11 i. 1 gr. aneurine.	2 i. 2, 3 gr. 11 i. cachets composés.		
							Sort en février 49 amélioré.
N° 67 Lombo-sciatique droite.	22 i. 5, 7, 10 kg.			17 i. 1 gr. aneurine. Thiupon 5 i.			
							lombostat. Sort en décembre 48 pratiquement guéri.
N° 68 Lombo-sciatique L5	3 i. 5, 7. 10 kg, n'a pu la supporter.		20 i. 1 g Aneurine.	8 imprégnations 2, 3, 4. 5 g x 6 g.		7 séances.	
							prescription d'un lombostat. Sort de Cochín en mai 48. Pratiquement guéri. Lasègue a disparu. Le 14-1-49 - Ne souffre toujours plus. Lasègue - Bonnet : dis- parus. Flexion normale du tronc. Lombalgie légère s'il fournit un gros effort. A repris une activité normale. Grosse amélioration persistante.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR			TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 69 Malade âgé de 44 ans.	Début brutal en 1937, après un effort. Persistance de lombalgies à la flexion à la marche. Depuis 42 à 43 crises doul. par an coïncident avec un microtraumatisme.	SPONTANEE	PROVOQUEE		Nuls.	Normaux.	Tout effort, toute flexion du tronc sont douloureux. La marche devient rapidement pénible.	Radio Spondylarthrose et lésions discales au niveau de L2 - L3, L3 - L4.	Lumbago microtraumatique avec lésions discales au niveau de L2 - L3, L3 - L4.
N° 70 Malade âgé de 23 ans.	Lumbago apparu brusquement après microtraumatisme. Puis descente des algies dans le M.I.	Région lombaire, F.P. de la cuisse.	Lasèque à 40° à g. Pression douloureuse des apophyses transverses.	Nuls.		Rotulien droit diminué.	Marche très pénible.	Aucune lésion radiologique.	Lombo-sciatique microtraumatique sans pincement discal.
N° 71 Malade âgé de 52 ans.	Début brusque par microtraumatisme, en Oct. 48. D'abord lumbago, puis descente de la douleur dans le M.I. g.	Région lombaire g. douleur sourde, Fesse, F.P. cuisse, Jambes. Surtout vive dans la position debout.	Lasèque à g. à 50°. Pression des apophyses épineuses révèle une douleur dans la région L5 - S1.	Faible hypoesthésie à la F.E. du dos du pied g.		Rotulien gauche légèrement diminué.	Complète. Immobilisée au lit.	Radio Scoliose lombosacrée g. Ostéophytose.	Sciaticque gauche microtraumatique.
N° 72 Malade âgé de 25 ans. 4943.	Brusque après un traumatisme.	Région lombaire. Fesse gauche puis descente à la F.E. du mollet. Calmée par repos.	Lasèque à g. à 30°. Pression vertébrale doul.	Crampes dans le M.I. g.	Normaux.		Station debout. Marche pénible. Raideur du rachis.	Scoliose inverse. Faible pincement latéral dr. des disques L2 - L3, L3 - L4.	Sciaticque traumatique topographique. SI peu caractéristique.
N° 73 Malade âgé de 43 ans.	Lumbago d'effort en Déc. 47. Descente brusque de la douleur de le M.I. en janvier 48. Traitement de Nalodine inactif.	Fesse dr. F.P. cuisse. F.P. Mollet s'arrête à mi-jambe. Douleurs continues exacerbées par la fatigue.	Lasèque dr. à 50°. Pt de Valloix, F.P. cuisse. Mollet droit.	Pourmillements de la région plantaire. Légère hypoesthésie à la F.E. du cou de pied droit.	Abolition Achilleen et médio plantaire dr.		Ne peut rester plus de 10 minutes debout. Marche très pénible.	Radio Léger pincement du disque lombosacré.	Sciaticque dr. type SI peu caractérisé.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique
N° 69 Lumbago microtraumatique.	27 j. 5, 7, 10 kg.						
N° 70 Lombo-siaticque microtraumatique sans pincement discal.				6 i. 0,6 bévitine I.V.		7 séances.	
N° 71 Siaticque gauche microtraumatique.	38 j. 5, 7, 10 kg fait sur plâtre.	4 j.	43 i. 1 g Aneurine	4 i. 2, 3, 4, 5 g.	11. épidurales.	5 séances.	
N° 72 Siaticque topo SI peu caractéristique.	12 j. 5, 7, 10 kg.						
N° 73 Siaticque dr. type SI peu caractérisée.	12 j. 5, 7, 10 kg.	36 j.	34 j. 1 g. de bévitine. Salicylate Na 2g. + Iodo-héxamine.		18 j. infil- para- vertébrales	8 séances.	

LOINTAINS

IMMEDIATS

Fév. 49 - Persistance de l'amélioration. Ressent quelques lombalgies à l'effort l'empêchant de soulever toute charge pesante. Peut cependant continuer son travail de montage et mise en route de tracteurs. En déc. 48 lumbago après un microtraumatisme.

Le 14-1-49 - A présenté une crise douloureuse l'immobilisant au lit en sept. 48.

Marche toujours pénible. Lasèque à 40°. Reprise complète des phénomènes algiques. Renire à Cochlin pour traitement par fractions.

Sort en Février 48 très amélioré.

Prescription d'un lombostat.

Sort en Décembre 1947 un peu amélioré.

Sort en Février 49 très amélioré. Plus de lasèque aucune gêne à la marche. Persistance de qqs douleurs subjectives dans les reins.

portera un lombostat.

Sort amélioré après 12 j. de tractions ventrales. Doit encore continuer 10 j. chez lui.

lombostat.

Février 49 - Ne souffre plus depuis l'intervention, a repris une activité normale. Abolition des (2 rotuliens de l'achilleen dr.)

Sort juin 48. N'avait ressenti aucune amélioration, passe en chirurgie. Intervention ayant montrée une hernie L5-S1.

port d'un lombostat.

Laminectomie L5.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 74 Malade âgé de 68 ans.	2 crises doul. de sciatique en 37 et 45. Reprise progressive des doul. début 48. Ant. traumatique.	Fesse. F.P. cuisse. F.P. jambe. Accentuée par la toux éternuement.	Nuls.	Normaux.	Marche impossible.	Radio Aucune lésion visible.	Sciatique g. SI.
N° 75 Malade âgé de 47 ans.	Début brusque en 35 par microtraumatisme. Depuis crises répétées et rebelles aux traitements.	Région sacrée. F.P. cuisse. F.P. mollet. Tendon d'Achille.	Nuls.	Normaux.	Station debout et marche pénibles. Ne peut travailler qu'une demi-journée.	Radio. Légère scoliose lombo-sacrée g.	Sciatique dr. type SI origine microtraumatique.
N° 76 Malade âgé de 47 ans.	Début brusque après microtraumatisme par lombalgies en 47. Descente de la douleur crise sciatologique en mars 48 après un épisode infectieux.	Fesse à dr. F.P. cuisse. Jambe. Dos du pied.	Région très limitée d'hypoesthésie à la fesse droite.	Normaux.	Marche très pénible.	Radio. Aucun pincement discal.	Sciatique type L5.
N° 77 Malade âgé de 48 ans.	Début brusque par microtraumatisme en 46. Traité par Thiocacaine sans résultats.	Partie supérieure de la colonne lombaire. Irradiations : flanc crête iliaque. Calmée par repos.	Nuls.	Normaux.	Marche très pénible par la douleur. Raideur vertébrale gênant les mouvements du tronc.	Radio. Légère scoliose g. Dépression de l'épineuse L1. Sallie de D12 et L2.	Lumbago microtraumatique.
N° 78 Malade âgé de 26 ans.	Début en sept. 47 après microtraumatisme. Nouvelle crise en Oct. 48 après microtraumatisme.	Région lombaire. F.P. cuisse. Jambe. Douleurs très vives.	Nuls.	Nuls.	Marche très pénible.	Radio. Disque L5 - SI un peu pincé immobilisation gauche de SI. Spina oculuta SI.	Sciatique microtraumatique.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S				R E S U L T A T S	
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Radio- thérapie	IMMEDIATS LOINTAINS
N° 74 Sciaticque g. SI.	20 i.	20 i.		8 i. benerva.		Orthopédique lombostat. Sort pratiquement guéri.
N° 75 Sciaticque SI d'origine microtraumatique.	aucun résultat.	9 i. 5, 10 kg.	8 inl. 1 g. I.V.	6 i. 8 c. de bévotine.	7 infil. paravert.	Aucun résultat par la traction. Légèrement amélioré par les autres traitements.
N° 76 Sciaticque L5.	17 i. 5, 7, 10 kg.		17 i. 1 g. I.V.	20 i. 8 cc. bévotine forte.	17 i. 2 g. salicylate Na.	Sort en mai 48 très amélioré.
N° 77 Lumbago microtraumatique avec malformation au niveau de D12 L1 L2.		Manipulation, suspension qui n'ont rien donné.			8 séances.	21-1-49 - L'amélioration a persistée. Pas d'autres crises depuis sa sortie de Cochin. Ressent quelques douleurs lombaires le soir à la fatigue. Point doulou- reux à la grande échancrure sciatique. A pu reprendre son travail de cantonnier.
N° 78 Sciaticque microtraumatique.	7 i. 3, 7 kg.	7 i. 3 kg.	8 i. 1 gr.		8 séances.	14-1-49 - Persistance de l'amélioration. Lasègue faible à g. Plus de lasègue controlatéral. Quelques douleurs à l'effort ou à la fatigue Crise hyperalgique en octobre 48 après un microtraumatisme.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 79 Malade âgé de 32 ans.	En mai 47 apparition brusque d'une douleur ds le mollet g. au cours d'un effort. Rapidement les algies gagnent tout le M.L. g. et s'accompagnent de température. Légère amélioration par Ipirodol et salicylate.	Fesse. F.P. cuisse. F.E. jambe. Dos du pied gros orteil très vive exagérée par la toux.	Lasèque à G. Pression doul. de l'épineuse de L5. La mobilisation du rachis est douloureuse.	Nuls.	Normaux.	Ne peut marcher.	Pincement L4 - L5. Scoliose lombosacrée dr. Disparition de l'interligne sacro-iliaque. Léger flou à la partie inf. de L4.	Sciaticque gauche L5.
N° 80 Malade âgé de 46 ans.	Lumbago en 45 attribué au froid. Nouveau lumbago en 47 après un effort. Ant. gon. en 1932.	Région lombaire.	Douleur à la pression sur flanc latéral de L5.	Nuls.	Normaux.	Raideur douloureuse du rachis, l'immobilisant complètement.	Radio Spina occulta de SI.	Lumbago microtraumatique.
N° 81 Malade âgé de 37 ans.	Début par lumbago d'effort puis descente des douleurs dans le M.L. Crises tous les 2 à 5 mois.	F.P. cuisse. F.P. mollet à droite.	Lasèque à droite. Pas de Pt de Valleix.	Nuls.	Tous normaux	N'a pu continuer son travail de manutention.	Radio. Discrète scoliose lombaire et lombo sacrée g.	Sciaticque droite type SI.
N° 82 Malade âgé de 31 ans.	Lombalgie non microtraumatique en Fév. 48. Puis descende dans M.L. Port traumatisme sur la hanche gauche en 47.	Fesse g. F. Int. cuisse. F. Ant. jambe. Dos du pied. Douleurs exagérées la nuit et par l'effort.	Pas de lasèque. Pt doul. F.P. cuisse et genoux.	Nuls.	Rotulien gauche très diminué.	Station debout et marche très pénibles.	Radio. Scoliose lombaire droite. Spina occulta SI.	Sciaticque gauche vraisemblablement L5.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S				
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-hexamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 79 Sciastique g. L5.		14 i. 6 à 13 kg.			Pénicilline 1.000.000 pendant 8 i. Sulfamide 8 gr. pendant 3 i. - 3 gr. pendant 3 i.			lombostat.	Sort le 5 décembre 47. Ne souffre plus. Disparition des signes de lésèque. Rachis indolore.	Février 49 - Est toujours très améliorée. Persistent simplement quelques algies, à siège variable provoquées par le froid. La marche n'est pas gênée par contre la station debout est un peu pénible.
N° 80 Lumbago microtraumatique				8 i. Vit. B1.				lombostat.	Sort de Cochin le 21 Novembre 47 très soulagé.	Le 28.1.49 - Pas de crises doul. depuis sa sortie de l'hôpital. A repris sans aucune gêne son métier de manoeuvre. Pas de doul. à l'effort ni à la fatigue. Persiste simplement un peu de raideur passagère le matin au réveil, guérison pratiquement complète.
N° 81 Sciastique dr. type S1.		18 i. 5, 10 kg.		9 i. 1 g. I.V.		9 infil. para-vertébrales.	8 séances	corset plâtre puis lombostat.	Sort en Déc. 47 - Amélioré mais persistance de doul. dans la jambe dr. lorsque le malade veut se baisser.	4 Fév. 49 - Pas de crises doul. depuis sa sortie de Cochin. Marche, station debout non gênées. Doul. à l'effort et à la fatigue. Lasègue ébauché à dr. Persistence de l'amélioration partielle.
N° 82 Sciastique gauche vraisemblablement L5.	8 i. 5. 7, 10 kg. mal supportée.		4 i. 8 comp. de bévitine.				7 séances 1050 R. au total.		Sort de Cochin en Avril 48, presque guéri. N'a fait qu'une séance de radiothérapie. Les continue.	4 Fév. 49 - Pas de crises doul. depuis sa sortie de Cochin. Par contre réapparitions d'algies à la fatigue. Ebauche de lasègue à g. Rot. g. très diminué. On prescrit bévitine et radiothérapie. L'amélioration ne s'est pas entièrement maintenue.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R			TROUBLES DE LA		REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
		SPONTANEE	PROVOQUEE	SENSIBILITE						
N° 83	Brusque par microtraumatisme. Antécédents de Néphrite.	Région lombaire. Irradiation génito- crurale gauche.	Pas de lassègue Pt doul. au niveau de S1.	Nuls.			Abolition rotulien gauche.	Complète.	Radio	Lumbago microtraumatique.
N° 84	Brusque au lever d'une grippe. La lombalgie fait suite à des doul. thoraciques.	Région lombaire droite. Pas de doul. dans M.I.	Pas de doul. à la pression ou la palpation. Pas de lassègue.	Nuls.			Abolition de l'Achilleen droit.	Immobilisé au lit.	Scoliose lombaire directe. Pas de pincements.	Lumbago non microtraumatique.
N° 85	Lombalgies après microtraumatisme à 15 ans. Réapparition sous forme de crises en 42 en 46 et en 47 après un accident.	Région lombaire cuisse droite. Ne souffre pas en position couchée. La toux exaspère la douleur.	Pression douloureuse flanc g. L5.	Nuls.				Impossibilité de fournir un effort.	Radio.	Lombo-sciatique dr. traumatique.
N° 86	Début brutal au réveil en 1945. Nombreuses crises très doul. et rebelles à un traite- ment de Vit. B1 radiothérapie.	Fesse. F.P. de la cuisse. F.P. du mollet seulement au cours d'une seule crise.	Pas de lassègue. Pas de pt de Valleix.	Nuls.			Tous normaux.		Radio. Scoliose lombo sacrée dr. Pas de pincement disca! évident.	Sciaticque droite.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S			
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-hexamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées de Novocaïne	Radio-thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 83 Lumbago microtraumatique.						1500 R. au total.		Très amélioré après la radiothérapie en fév. 48.	21-1-48 - Persistance de l'amélioration. Pas de crise doul. depuis son traitement. A repris son métier de manoeuvre. Lég. raideur à la flexion du tronc. Réflexe Rot. g. un peu diminué.
N° 84 Lumbago non microtraumatique.				16 i. 2 g. bévélite.			corset plâtré suivi d'un lombostat.	Sort de Cochin en avril 48 très amélioré.	21-1-48 - Toujours amélioré. Pas de crises depuis la fin de son traitement. Quelques lombalgies à l'effort mais peut cependant continuer son travail de manutention. Quelques irradiations doul. dans le territoire génito-crural. Impuissance depuis l'apparition des lombalgies.
N° 85 Lombo-sciatique dr. traumatique.	21 i.			17 i. 1 g. bévélite.		10 séances.		Sort en Mai 47 amélioré.	Février 49 - Se déclare très amélioré. Ne souffre plus ni à la fatigue ni à l'effort. Peut assurer son service de chauffeur de route à la S.N.C.F. sans ressentir la moindre gêne. Accuse simplement quelques doul. fugaces et de siège variable par les temps froids et humides.
N° 86 Sciatique droite.	15 i. 3 kg.	12 i. 6 kg.	16 i. 1 V. de 1 gr.	28 i. g. 20 de Bévélite		7 séances.	lombostat.	Sort partiellement amélioré en 47.	Le 21-1-49 - Persistance de l'amélioration. Marche, station debout normales. Doul. dans les M.I. en se courbant. Microtraumatisme en août 48 ayant entrainé des doul. lomb. à l'effort assure cependant son métier de manoeuvre.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE		REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 87 Malade âgé de 32 ans.	Début progressif. Pas de traumatisme initial. Radio-thérapie inefficace.	Spontanée	Provoquée	Nuls.	Abolition du réflexe Achilleen.	Diminution force musculaire de la loge post. de la jambe.			Sciatique gauche S1
N° 88	Progr. 1937 par lombalgies. Plusieurs crises doul. Descente de la doul. dans le M.I.	Lombaire. Fesse. F.P. cuisse. F.P. Mollet. Talon. Scoliose debout.	Lasègue g. à 30 %. S. de B. Pt doul. à l'échancrure sciatique.	Zone d'hypoesthésie à F.P. cuisse, puis 1/2 inf. de la F.E. jambe, 1/2 F.E. du pied.	Abolition de l'Achilleen g et du medio-plantaire.	Ne peut faire des travaux pénibles. Impotence complète pendant les crises.	Radio. Aucune lésion.		Sciatique g. S1.
N° 89 Malade âgé de 48 ans.	Début brusque par microtraumatisme en Janvier 48, crise très violente de 15 jours. Persistance de douleurs l'empêchant de reprendre son travail.	Limitée à la région L5 - S1. Pas d'irradiation. Exagérée par toux et éternuements.	Pression douloureuse des épépineuses L4 L5. Pas de Lasègue.	Nuls.	Normaux.	Flexion douloureuse du tronc. Ne peut rester plus d'une demi-heure debout.	Radio Images normales. Pas de pincement discal.		Lumbago microtraumatique.
N° 90 Malade âgé de 44 ans.	Début brusque en juillet 48 par lumbago microtraumatique. Traité par Nalodine. Atténuation légère.	Région lombaire inférieure.	Pression paravertébrale douloureuse au niveau des disques L4 - L5, L5 - S1. Pas de lasègue. Pas de Bonnet.	Nuls.	Normaux.	Station debout et marche impossible.	Radio. Léger pincement du disque L5 - S1.		Lumbago microtraumatique.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S				
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-hexamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaine	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 87 Sciaticque gauche SI.				17 j. 0 g. 2 de bœvitine.	13 j. 5 et 6 g. par jour.	3 infil. paravert.			Sort en Avril 46. Bien amélioré.	Février 49. - Est toujours très amélioré. Marche et station debout non gênées, quelques lombalgies pas- sagères à l'effort, mais ne lui interdisant pas de continuer son travail de manœuvre. Accuse des algies vives mais fugaces par temps froids et humides. Lasègue ébauché à g. Abolition de l'Achilleen g.
N° 88 Sciaticque gauche SI.					11 j. 3 g.		nombre de séances non précisé.		Sort amélioré en 1942.	Le 21-1-49. L'amélior- ation persiste. Pas de crises doul. depuis sa sortie de Cochin en 42. Lasègue à g. à 70°. Persistence de la zone d'hypoesthésie. Peut continuer son travail de manutention mais fatigue dans les services de nuit.
N° 89 Lumbago microtraumatique.	14 j. 5, 7, 10 kg.							Pose d'un corset plâtré pendant 1 mois suivi d'un lumbostat.	Sort de Cochin en mars 48 complètement guéri en apparence.	Nov. 48. - Légère réci- dive après un effort. Le 14-1-49. Toujours amélioré. Quelques lombalgies s'il fournit un gros effort. A l'examen pas de douleur ni spontanée, ni provo- quée. Se sent soulagé par son lumbostat. Est à peu près guéri.
N° 90 Lumbago microtraumatique.	23 j. 5, 10, 12 kg.		8 inj. I.V. de 1 g.	23 j. 1 g. aneurine.	8 imprégna- tions 2, 3, 4, 5 g. 4x6 g.		8 séances.	port d'un lumbostat.	Sort en Novembre 48 pratiquement guéri.	Le 14-1-49. Reprise des douleurs mais moins intenses qu'avant le traitement. Descente des douleurs dans M.I. g. avec lasègue à 80° à g. Point douloureux à la grande échancrure sciatique. Station debout et marche pénible. Donc résultat très médioce et descente des douleurs dans le M.I. gauche.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 91 Malade âgé de 36 ans.	Brusque après microtraumatisme.	Région lombaire dr. F.A.E. de la jambe dr. Dos du pied. Fond douloureux continu.	Lasègue à 50 %. Pression doul. du disque L4 - L5.	Nuls.	Normaux.	Flexion du tronc impossible. Peut marcher après une mise en train douloureuse.	Radio. Face. Le Rachis lombaire n'est pas dans l'axe du sacrum. Peut-être pincement L4 - L5.	Sciatique droite type L5.
N° 92 Malade âgé de 51 ans.	Début brusque en janvier 46 par microtraumatisme. D'abord lombalgies, puis descente de la douleur dans le M.I. dr.	F. P. cuisse, F.E. jambe. F.E. de la tibia tarsienne.	Lasègue à droite. Pas de Pt doul. vertébral.	Nuls.	Normaux.	Tout effort est impossible. Marche très pénible.		Sciatique dr. type L5.
N° 93 Malade âgé de 51 ans.	Début brusque par microtraumatisme en mars 44, Oct 46 nouvelle crise après microtraumatisme. Antécédents Asthme Œdème de Quincke Urticaire.	Région lombaire. Pas de douleur dans le M.I.	Pas de lasègue.	Nuls.	Normaux.	Marche et surtout station debout pénibles.	Radio. Légère scoliose g.	Lumbago microtraumatique.
N° 94 Malade âgé de 54 ans.	Début brusque sans microtraumatisme en Nov. 46. Récidive en sept. 47 obligant à arrêter le travail. Traité par bétidine et Thiodacaine sans résultat.	F.P. cuisse. F.E. jambe. F.I. du pied à dr. Douleurs constantes et très vives.	Lasègue à droite.	Nuls.	Normaux.	Marche très pénible. Ne peut fournir aucun effort.	Radio. Ostéophyrose de la colonne lombaire. Sacralisation de L5. Discret pincement L3 - L4.	Sciatique type L5.

OBSERVATIONS	EXTENSION DORSALE	EXTENSION VENTRALE	TRAIEMENTS	RESULTATS
			IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 91 Sciatique L5.	3 j. 5, 7 kg.	10 j. 10 kg.	10 j. 1 g. I.V. infil. paravert.	Sort en Nov. 47 - Souffre beaucoup moins de sa sciatique. Par contre l'extension ventrale a déterminé une douleur crurale du côté opposé. Prescrit Bénéva et saliformalide. Le 28-1-49 - Est pratiquement guéri. Ne porte pas de lombostat. Plus de doul, lombaires à l'effort. Plus de lassègue. Pression vertébrale au niveau de L4 - L5 n'est plus doul. Disparition des douleurs crurales suscitées par la traction. A repris normalement son travail.
N° 92 Sciatique droite type L5.		6 j. 1 g. I.V.	6 j. bévitine 0 g. 20 I.V. benéva forte 8 comp.	Le 28-1-49 - Pas de crises doul, depuis sa sortie de Cochin. Ressent quelques douleurs passagères à l'effort. Aucune gêne à la marche ou à la station debout. Plus de lassègue. Reste très amélioré.
N° 93 Lumbago microtraumatique.			7 j. bévitine 0 g. 20 I.V. Injections I.M. mal supportées. Arrêt de la bévitine à la suite de l'apparition d'un œdème de Quincke. Mis à l'Antérgan. 5 séances.	Un peu amélioré par Vit B1, mais le traitement a dû être arrêté trop rapidement pour obtenir sa pleine efficacité.
N° 94 Sciatique L5.		14 j. 1 g. I.V.	26 j. 8 c. béneva. 4 imprégnations 3, 4, 5 gr.	Sort en janvier 48 de Cochin, peu amélioré. Reçu en février 49 - A fait 10 séances de radiothérapie, et en est très soulagé. Va beaucoup mieux qu'à sa sortie de Cochin. Plus aucun signe de sciatique, a repris son travail de manutention. Persistance de quelques douleurs subjectives.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 95 Malade âgé de 32 ans.	Début brusque en février 48 par microtraumatisme. Avril 48 nouveau lumbago microtraumatique. Décembre 48 descente de la douleur dans M.I.	Fesse. F.P. cuisse. Irradiation passagère à la F.E. de la jambe.	Lasègue dr. Lasègue controlatéral.	Nuls.	Normaux.	Marche et station debout très pénibles.	Scoliose lombaire droite. Pincement léger des 4 ^e et 5 ^e disques.	Sciatique après lumbago microtraumatique.
N° 96 Malade âgé de 49 ans.	Début en 1938 par lumbago intermittent, ne coïncidant pas avec des microtraumatismes. 1940. Irradiations sciatiques avec signe de paralysie frustre du S.P.E. Accentuation en 1944 avec troubles sensitifs.	Fesse. F.P. cuisse des deux côtés	Pas de Pt de Valleix. Lasègue à g.	Anesthésie du pied gauche.	Achilleen et médio-plantaire g. abolis.	Parésie du S. P. E. Ne peut relever le pied et les orteils à g.		Sciatique paralyssante.
N° 97 Malade âgé de 44 ans.	Début progressif voila 10 ans. Lombalgies. Procéd. par crises. Radiothérapie sans effet. Ant. hystérectomie.	Région lombaire g. aucune irradiation descendante.	Pt douloureux au niveau de L4.	Nuls.	Normaux.	Marche pénible.	Légère ostéo-phytose vertébrale. Pincement discal L3 - L4, L4 - L5.	Lumbago non microtraumatique avec pincement discal L3 - L4, L4 - L5.
N° 98 Malade âgé de 36 ans.	Début progressif en juillet 48 pas de microtraumatisme.	Fesse g. F.P. cuisse. F.P. jambe dans sa partie supérieure. Calmée par le repos.	Pas de lasègue. Pas de pt de Valleix.	Nuls.	Normaux.	Marche très gênée. Station debout très pénible.	Légère scoliose lombo-sacrée g. Disque L4 - L5 lég. pincé à dr.	Sciatique gauche type L5.
N° 99 Malade âgé de 40 ans.	Début progressif depuis 12 ans sans microtraumatisme. Crises assez espacées. Crise oct. 48 se prolongeant jusqu'en janv. 49, date où la malade rentre à l'hôpital.	Région lombo sacrée g. Fesse. F.P. cuisse. F.P. jambe. Planté du pied.	Lasègue à g. à 45°.	Hypoesthésie nette à la partie inf. des F.P. et E. de la jambe gauche.	Achilleen et médio-plantaire abolis à gauche.	Marche très pénible.	Pincement marqué du disque lombo-sacré.	Sciatique S1.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S						R E S U L T A T S			
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothéramine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 95 Sciaticque après lumbago traumatique.	27 i. 5, 7, 10 kg.		10 i. 1 g.	11 i. 1 g. aneurine.	10 i. de 2 à 6 gr.	10 épidurales.	10 séances.	Prescription d'un lombostat.	Sort en mars 49, ne souffre plus de sa sciaticque mais réappa- rition de quelques lombalgies. Marche et station debout non gênées. Lasègue ébauché à droite.	
N° 96 Sciaticque paralysante.				20 i. 0 g. 10 de bévitine.			5 séances.		Aucun résultat. Est opéré le 20 Mai 1945. Pas de hernie, mais saillies ostéophysiques postérieures de ses bords vertébraux. Laminectomie L4 - L5.	
N° 97 Lumbago non traumatique avec pincement discal L3 - L4, L4 - L5.		10 i. 3, 5 kg.		10 i. bévitine de 0 g. 20 à 1 g. I.M.		5 infiltrat. para- vertébrales.	2 séances.	Lombostat.	Sort en mars 49 sans amélioration appréciable.	
						Sulforgan 5 i. 2 comp. par jour. Suppocalcium 3 i.				
N° 98 Sciaticque gauche type L5.		8 i. 3, 5 kg.		6 i. 0 g. 20 à 0 g. 70. 2 ampoules Stérogyl -		7 épidurales.	2 séances non tolérées.	Lombostat.	Sort en mars 49 sans aucune amélioration.	
					10 i. Suppo-calcium.					
N° 99 Sciaticque S1.	14 i. 3, 5 kg.		10 i. 1 gr. I.V.	7 i. bévitine 0 g. 20 à 0 g. 70 I.M.		11 suppositoires de Ca - 1 ampoule Stérogyl.	9 séances.	Lombostat.	Sort en mars 49 prati- quement guéri. Ne souffre plus, marche normalement. Plus de lasègue, Achilleen toujours aboli.	

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA		REFLEXES	IMPOTENCE FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
		SPONTANEE	PROVOQUEE	SENSIBILITE					
N° 100	Début progressif sans microtraumatisme.	F.E. jambe gauche. Dos du pied.	Lasègue à gauche.	Légère hypoesthésie de la jambe g.	Achilléen et médio-plantaire gauche un peu diminués.			Scoliose lombo-sacrée.	Sciatique g.
N° 101	Opéré en mai 47 pour lombalgie droite. Laminectomie au niveau de L5. Peu après l'intervention, réapparition des lombalgies accompagnées d'une sciatique dr.	Région lombaire. Fesse. F.P. cuisse droite.		Nuls.	Achilléen. Médio-plantaire dr. abol.	Marche et station debout très pénibles.	Ostéophytose vertébrale.		Lombo-sciatique récidivante après laminectomie.
N° 102 Malade âgé de 36 ans.	Lumbago apparu depuis 15 ans sans retrouver de microtraumatisme à l'origine. Irradiations dans les M.I. Crises hyperalgiques tous les ans. En oct. 47 crise violente ayant duré 6 mois. Depuis 4 ou 5 crises très vives et de durée variable.	Région lombaire. Irradiations à F.P. cuisse, F.P. mollet. Tendon d'achille, F.E. du talon. Irradiations atteignant alternativement les 2 M.I. avec une prédominance du côté dr.	Lasègue ébauché des 2 côtés. Pt douloureux sur L5.	Nuls.	Normaux.	Est complètement immobilisé.	Radio. Scoliose gauche très accusée. Pincement L5 - S1.		Lombo-sciatique S1.
N° 103 Malade âgé de 46 ans.	Début récent après microtraumatisme.	Région lombo-sacrée. Aucune irradiation basse.	Lasègue à 30°.	Nuls.	Normaux.	Impossible de fournir le moindre effort.	Légère scoliose lombo-sacrée dr.		Lumbago.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S				
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodo-héxamine	Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 100							7 séances.		Très amélioré en Mars 45	21-1-49 - Persistance de l'amélioration, pas de douleurs à l'effort. N'a eu aucune crise hyper- algique depuis sa sortie de l'hôpital.
N° 101										
Lombo-sciatique récidivante après laminectomie.					7 imprégnat. 2, 3, 4, 5, 6 gr. apparition d'œdèmes.	9 épidurales.	10 séances.	Lombostat.	Sort en juin 48 très amélioré.	14-1-49 - Persistance de l'amélioration. Station debout, marche non gênées. Flexion du tronc non douloureuse. Accuse quelques lombal- gies passagères à l'effort.
N° 102										
Lombo sciatique S I.	34 l. 5, 7, 10 kg.		12 l. 1 gr.	40 l. 1 gr. aneurine.	12 l. imprégnat. d'œdèmes.	3 épidurales mal suppor- tées.	10 séances.	Lombostat.	Sort en mars 49. Très amélioré. Ne souffre ni à la marche ni à la station debout. Persis- tance d'un point doulou- reux au niveau de L5-S1.	
N° 103										
Lumbago				11 l. 1 gr. aneurine.		11 épidurales.		Lombostat.	Sort en juillet 48 amélioré. Disparition du lasègue.	Février 49 - Persistance de l'amélioration par- tielle, mais souffre encore à la fatigue et à l'effort. N'a pu reprendre son travail de cantonnier.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	DOULEUR	TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 104 Malade âgé de 37 ans.	Début brusque après microtraumatisme en 43. Crise ayant duré 3 semaines. Nouvelle crise en 46 après microtraumatisme.	Partie inférieure de la colonne lombaire. Pas d'irradiations descendantes. Douleurs continues.	Nuls.	Normaux.	Immobilisé au lit. Flexion du tronc très gênée. Station debout très pénible. Ne peut fournir aucun travail.	Radio. Faible pincement L5 - S1. Labo gono.	Lombalgies microtraumatiques.
N° 105 Malade âgé de 45 ans.	Début progressif en 45 par douleurs. Dans M.I. droit. Pas de microtraumatismes. Amélioré par Vit. B1. Nouvelle crise en 46.	Fesse dr. F.P. cuisse dr. F.P. mollet. Douleurs exacerbées par le froid et la fatigue.	Nuls.	Abolition de l'Achilleen dr.	Marche et station debout très pénibles.	Radio. Légère scoliose droite. Sacralisation de L5.	Sciatique dr. type S1. microtraumatique.
N° 106 Malade âgé de 37 ans.	Traumatisme en 40. Depuis douleurs continues avec paroxysmes.	F.P. cuisse bilatérale. F.P. jambe à dr. Douleurs plus vives à gauche.	Nuls.	Normaux.	Douleurs gênant la marche.	Radio. Scoliose lombaire droite.	Sciatique à topo- graphie peu précise avec antécédent traumatique.
N° 107 Malade âgé de 47 ans.	Début brusque en 45 après un violent traumatisme. Depuis violentes crises.	Région lombaire g. F.A. jambe.	Nuls.	Normaux.	Malade immobilisé au lit.	Radio. Ostéophytose notable du 3 ^e disque. Pincement de ce disque. Sacrum horizontal	Lombo-sciatique gauche avec compression au niveau du 3 ^e disque.
N° 108 Malade âgé de 19 ans.	Début progressif en mars 48. Traumatisme lombaire en 47.	Région lombaire gauche. Augmenté par la flexion du tronc.	Nuls.	Normaux.	Ne peut travailler courbé comme l'exige sa profession.	Radio Leg. scoliose droite. Pas de pincement discal. Sacrum vertical.	Lumbago de fatigue. (travail courbé).

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S				
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodonéxamine	Vit. B1	Impregnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 104 Lombalgies microtraumatiques.			14 i. 1 g. I.V.				9 séances 1500 R.	Lombostat.	Sort en janvier 47. très soulagé surtout par la radiothérapie.	Plus de crises doulou- reuses depuis sa sortie de Cochin. Mais réapparition de dou- leurs lombaires. Flexion du tronc très limitée. Tout effort est impos- sible. La manœuvre de lasèque révèle les lombalgies. Rentre à nouveau à Cochin pour tractions.
N° 105 Sciatique dr. type S1 microtraumatique.			15 i. 0 g. 02 de béviline.	6 i. 5 g.					Sort en mars 46 amélioré.	
N° 106 Sciatique à topographie peu précise avec antécédents traumatiques.	33 i. 5, 7, 10 kg.			9 i. de 2 à 6 g.	7 épidurales.		10 séances.	N'a pu sup- porter un corset lombostat.	Sort en Octobre 48. Très amélioré.	Février 49 Réapparition de douleurs modérées ds le M.I. dr. apparaissant à la marche. Le malade n'a pu reprendre aucun travail depuis sa sortie de l'hôpital.
N° 107 Lombo-sciatique g. avec compression au niveau du 3 ^e disque.	10 i. 5, 7, 10 kg.	10 i. 10 kg.	1 g. aneurine.	12 i. de 2 à 8 g.			8 séances.	Lombostat.	Sort en Octobre 48. Appareillement guéri.	
N° 108 Lumbago de fatigue (travail courbé).	12 i. 5, 7, 10 kg.							Corset plâtré puis lombostat.	Sort de Cochin en Avril 48. A été bien soulagé par la traction à partir de 10 kg. Ne souffre plus.	Le 14-1-49 - Persistance de douleurs lombaires mais atténuées. Peut travailler. Apparition de pt douloureux à l'effort dans M. I. g. Lasèque à gauche à 70°. Est soulagé par son lombostat. En résumé, amélioration appréciable mais partielle des lombalgies mais apparition d'une sciatique gauche.

OBSERVATIONS	DEBUT ET ANTECEDENT	D O U L E U R		TROUBLES DE LA SENSIBILITE	REFLEXES	IMPOTENCE / FONCTIONNELLE	RADIO ET EXAMENS COM- PLEMENTAIRES	DIAGNOSTIC
N° 109 Malade âgé de 18 ans.	Depuis 1 mois, Pas de microtraumatisme dans ses antécédents.	F.P. cuisse g. F.P. mollet g. N'atteint pas le pied.	PROVOQUEE	Nuls.	Normaux.		Scoliose lombaire droite.	Sciaticque gauche.
N° 110 Malade âgé de 45 ans.	Début brusque par microtraumatisme en Déc. 48. D'abord lumbago puis descende dans M.I. dr.	Fesse g. F.P. cuisse, F.A.E. jambe. Pas de douleurs dans le pied.	Pt doul. au niveau de L4 - L5. Lasègue positif g.	Nuls.	Normaux.	Complète ne peut ni marcher ni rester debout.	Radio. Légère scoliose lombo-sacrée g.	Sciaticque L5 microtraumatique.
N° 111 Malade âgé 54 ans.	Début brusque en marchant. Lumbago descen- dant ensuite dans M.I. dr.	Commence au 1/2 inf. de la F.P. jambe, Dos du pied, orteils.	Pas de lasègue. Pt doul. au niveau du tendon d'Achille.	Hypoesthésie au 1/3 inf. de la jambe dr.	Normaux.	Légère.	Radio. Pincement L5 - S1.	Sciaticque dr. à topo non précisée avec pincement discal assez net.
N° 112 Malade âgé de 47 ans.	Lombalgies depuis 2 ans sans microtraumatisme originel. Evolution par crises avec descende progressive de la douleur dans le M.I.	Fesse. F.P. cuisse, F.P. mollet. Tendon d'Achille.	Lasègue à g. Douleur à la pression sur L5.	Nuls.	Normaux.	Marche et station debout pénibles.	Radio. Pas de lésion.	Sciaticque gauche S1.
N° 113 Malade âgé de 41 ans	Début progressif depuis 1 an 1/2. Pas de microtraumatisme net mais a un métier pénible.	Région lombaire. Fesse. F.P. cuisse. Douleurs très vives atteignant alternat- ivement les 2 M.I.	Léger signe de lasègue.	Nuls.	Normaux	Marche impossible.	Radio.	Lombalgie avec irradiations scia- tiques bilatérales.
N° 114 Malade âgé de 53 ans.	Début récent sans microtraumatisme.	Fesse. F.P. cuisse. Mollet. Talon.	Lasègue à 80°.	Nuls.	Abolition achilleen gauche.	Marche très pénible.	Très léger pincement lombo-sacré.	Sciaticque S1.

OBSERVATIONS	T R A I T E M E N T S					R E S U L T A T S			
	Extension Dorsale	Extension Ventrale	Iodothexamine Vit. B1	Imprégnations salicylées	Infiltrations de Novocaïne	Radio- thérapie	Orthopédique	IMMEDIATS	LOINTAINS
N° 109 Sciaticque gauche.	19 j. 5, 10 kg.	39 j. 1 gr.	39 j. bévitrine 0 g. 10 11 j. aneurine 1 g.	3 j. 2, 3, 4 gr.	5 épidurales.	6 séances.	Lombostat.	Sort en janvier 49. Sans aucune améliora- tion. Va être opéré.	Intervention le 28-1-49. Ablation par voie extradurale d'une volu- mineuse hernie sur le 5 ^e disque. Fermeture sans greffe.
N° 110 Sciaticque microtraumatique L5.	25 j. 5, 7, 10 kg.	8 inj. de 1 g.	24 j. 1 g aneurine.	8 imprégnat. 2, 3, 5, 6 gr.	4 épidurales.	7 séances.	Lombostat.	Sort en février 49. Pratiquement guéri, ne souffrant plus.	
N° 111 Sciaticque dr. à topo non précise avec pincement discal assez net.	31 j. 5, 7, 10 kg.		20 j. 1 gr. aneurine.			10 séances.	Lombostat.	Sort en mars 49. Presque guéri.	
N° 112 Sciaticque g. SL.	12 j. 3, 5 kg.	3 j. 1 gr.	7 j. 0 g. 20 à 0 g. 80 bévi- trine 1 M.	4 j. comprimé de Saliformide.				Sort en janvier 49. Très amélioré.	
N° 113 Lombalgies avec irradiations sciaticques bilatérales.	16 j. 5, 7, 10 kg.	10 j. 1 gr.	16 j. 1 g. aneurine.	10 j. 2, 3, 4, 5, 6 gr.	5 épidurales.	4 séances.	Lombostat.	Sort en février 49. Très amélioré.	
N° 114 Sciaticque SL.	30 j. 5, 7, 10 kg.	9 j. 1 gr.	30 j. 1 g. aneurine.	9 imprégnat. 2, 6x3 gr. 4, 5 gr.	8 séances.		Lombostat.	Sort en Sept. 48 Amélioré.	Février 49. N'a pu sup- porter ni corset plâtré, ni lombostat. Est toujours amélioré. Persistance des scia- talgies à la fatigue Plus de lasègue.

RESULTATS

Nous allons d'abord classer les observations selon le traitement reçu puis dans chaque catégorie les divers cas seront rangés d'après la variété d'affection (sciaticque, lombalgie), d'après leur ancienneté et leur étiologie. Nous avons considéré comme récentes les algies apparues depuis moins de six mois.

MALADES AYANT SUBI LE TRAITEMENT COMPLET

	Résultats immédiats	Résultats lointains
SCIATIQUES RECENTES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
103 - <i>Sciatique gauche</i> Début récent, pas de microtraumatisme. Scoliose lombaire sans pincement discal.	Aucune amélioration	Intervention chirurgicale. Volumineuse hernie sur le 5 ^e disque. Amélioration.
36 - <i>Sciatique L5</i> Récente. Début brusque sans microtraumatisme. Hémi-sacralisation gauche de L5.	Pratiquement guéri	
4 - <i>Sciatique type indéterminé</i> Début progressif sans microtraumatisme. Impotence partielle. Rien de net à la radio. (Peut-être pincement L5 - S1.)	Aucun résultat	
2°) MICROTRAUMATIQUES		
71 - <i>Sciatique</i> Origine microtraumatique. Grosse impotence fonctionnelle. Scoliose lombo-sacrée gauche. Ostéophytose au niveau de L4.	Très améliorée	
76 - <i>Sciatique L5</i> Origine microtraumatique récente (6 mois).	Très améliorée	Rechute
73 - <i>Sciatique S1</i> Fait suite à un lumbago d'effort Récente (6 mois). Entraînant une impotence partielle. Léger pincement du disque lombo-sacré.	Aucune amélioration	Traité chirurgicalement avec succès. Ablation d'une hernie discale.
19 - <i>Sciatique L5</i> Début récent. Origine microtraumatique. Impotence partielle. Pincement net L4 - L5. Spina occulta S1.	Apparemment guérie	
SCIATIQUES ANCIENNES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
102 - <i>Lombo-sciatique S1</i> Lumbago d'origine très ancienne (15 ans). Sans microtraumatisme à l'origine. Crises hyperalgiques tous les ans. Scoliose gauche très accusée. Pincement L5 - S1.	Très améliorée	

	Résultats immédiats	Résultats lointains
94 - <i>Sciatique L5</i> Début brusque sans microtraumatisme. Ancienne Ostéophytose de la colonne lombaire. Sacralisation de L5. Discret pincement L3 - L4.	Peu améliorée	Très soulagé par 10 séances de radiothérapie.
57 - <i>Sciatique S1</i> Début ancien (3 ans). Pas de microtraumatisme. Pincement très marqué du disque lombo-sacré.	Pratiquement guérie	
2°) MICROTRAUMATIQUES		
20 - <i>Sciatique S1 bilatérale</i> Origine microtraumatique. Sacralisation de L5. Léger pincement L5 - S1.	Très améliorée	Reprises des algies.
95 - <i>Sciatique</i> Début brusque par microtraumatisme. Ancienne. Scoliose lombaire droite. Pincement léger des 4° et 5° disques.	Pratiquement guérie	
32 - <i>Sciatique gauche S1</i> Début brusque microtraumatique. Pincement du disque lombo-sacré.	Très améliorée	
28 - <i>Sciatique avec cruralgies</i> Origine microtraumatique ancienne (1 an) avec impotence fonctionnelle complète.	Amélioration très légère	Amélioration légère
5 - <i>Sciatique droite S1</i> Origine microtraumatique. Impotence partielle. Faible pincement L4 - L5. Scoliose lombo-sacrée droite.	Grosse amélioration	Persistance de l'amélioration
37 - <i>Sciatique L5</i> Apparition brusque à la suite d'un microtraumatisme de la sciatique succédant à un lumbago ancien. Hémi-sacralisation de L5 à gauche. Pincement très net de L4 - L5.	Aucun résultat	Très améliorée après reprise du traitement médical à domicile.
107 - <i>Lombo-Sciatique</i> Début brusque ancien - 3 ans - après un violent traumatisme. Impotence complète. Pincement et ostéophytose au niveau de L3-L4.	Apparemment guérie	

	<i>Résultats immédiats</i>	<i>Résultats lointains</i>
59 - <i>Lombo-Sciatique</i> Début progressif. Origine traumatique ancienne. Pincement net du disque lombo-sacré.	Pratiquement guérie	
65 - <i>Lombo-Sciatique S1</i> Début par lumbago d'origine microtraumatique. Scoliose associée à une légère cyphose.	Pratiquement guérie	
LOMBALGIES RECENTES		
NON MICROTRAUMATIQUES		
90 - <i>Lumbago</i> Très récent, après un microtraumatisme. Grosse impotence. Léger pincement L5 - S1.	Pratiquement guérie	3 mois après apparition d'une sciatique. Résultat très médiocre.
LOMBALGIES ANCIENNES		
NON MICROTRAUMATIQUES		
113 - <i>Lombalgie bilatérale avec irradiation sciatique.</i> Début progressif ancien. Pas de microtraumatisme.	Très améliorée	

TRAITEMENT INCOMPLET AVEC TRACTION

	<i>Résultats immédiats</i>	<i>Résultats lointains</i>
SCIATIQUES RECENTES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
30 - <i>Sciatique L5</i> Début brusque récent sans microtraumatisme. Légère asymétrie du disque L4 - L5.	Très améliorée	Très améliorée
46 - <i>Sciatique droite S1</i> Lombalgie progressive récente (6 mois) puis apparition brusque de la sciatique Cyphose dorsale. Scoliose lombo-sacrée inverse. Léger pincement L5 - S1.	Très améliorée	Reprise partielle des algies.

	Résultats immédiats	Résultats lointains
98 - <i>Sciatique gauche L5</i> Début progressif. Pas de microtraumatisme. Légère scoliose lombo-sacrée gauche L4 - L5. Léger pincement droit.	Aucune amélioration	Intervention. Pas de hernie radicotomye S1. Très soulagée.
31 - <i>Sciatique S1</i> Début progressif sans microtraumatisme. Scoliose lombo-sacrée.	Aucun résultat	
114 - <i>Sciatique S1</i> Début récent. Très léger pincement lombo-sacré.	Améliorée	Toujours améliorée
2°) MICROTRAUMATIQUES		
1 - <i>Lombo-sciatique</i> Apparition progressive renforcée par microtraumatismes.	Très améliorée	
3 - <i>Sciatique gauche L5</i> Débute par lumbago d'effort. Pincement L4 -- L5. Lombalisation de S1.	Très améliorée	Un an plus tard, persistance de l'amélioration
43 - <i>Sciatique droite L5</i> Début récent brusque. Antécédent traumatique 4 ans auparavant. Sacralisation L5. Léger pincement L4 - L5.	Améliorée	Améliorée
53 - <i>Lombo-sciatique bilatérale.</i> Début récent brusque après traumatisme. Scoliose lombo-sacrée.	Très améliorée	
68 - <i>Lombo-sciatique L5</i> Début récent brusque par microtraumatisme. Scoliose lombaire.	Guérie	Guérie
110 - <i>Sciatique L5</i> Origine microtraumatique. Légère scoliose lombo-sacrée gauche.	Pratiquement guérie	
78 - <i>Sciatique gauche</i> Début récent (6 mois) par microtraumatisme. Hémi-lombalisation gauche de S1. Spondylolyse L5. Pincement L4 - L5. Spina bifida occulta S1.	Améliorée	Améliorée

	Résultats immédiats	Résultats lointains
SCIATIQUES ANCIENNES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
21 - <i>Sciatique L5</i> Début brusque sans microtraumatisme. Sacralisation de L5 et pincement latéral droit L4 - L5.	Amélioration légère	Très améliorée après radiothérapie
33 - <i>Sciatique topographie non caractérisée</i> Procède par crises apparaissant et disparaissant brusquement. Simple ostéophytose sur L3 - L4.	Pratiquement guérie	
2 - <i>Sciatique gauche L5</i> Aucun microtraumatisme. Pas de lésion radiologique.	Très améliorée	
45 - <i>Sciatique gauche S1</i> Début très progressif. Pas de microtraumatisme. Scoliose lombaire et léger pincement L5 - S1.	Aucune amélioration	Très légère amélioration après intervention chirurgicale. N'ayant pas montré de hernie.
39 - <i>Sciatique L5</i> Début progressif sans microtraumatisme. Affaissement du 4° disque.	Très améliorée	
40 - <i>Sciatique S1 gauche</i> Début progressif sans microtraumatisme. Scoliose gauche marquée.	Très améliorée	
51 - <i>Sciatique S1</i> Début progressif ancien (1 an) par lumbago non-microtraumatique. Scoliose.	Très améliorée	Très améliorée
74 - <i>Sciatique S1</i> Pas de microtraumatisme. Apparition très ancienne (10 ans). Aucune lésion radiologique.	Pratiquement guérie	
35 - <i>Sciatique S1</i> D'évolution ancienne. Scoliose lombaire.	Très améliorée	
7 - <i>Sciatique L5</i> Début progressif sans microtraumatisme. Pas de lésion radiologique.	Pratiquement guérie	

	<i>Résultats immédiats</i>	<i>immédiats lointains</i>
8 - <i>Sciatique L5</i> Début progressif sans microtraumatisme. Pincement discal L4 - L5.	Très améliorée	Très améliorée
86 - <i>Sciatique droite</i> Début brutal ancien (2 ans) sans microtraumatisme. Nombreuses crises très douloureuses. Scoliose lombo-sacrée.	Améliorée	Améliorée
112 - <i>Sciatique gauche S1</i> Début ancien (2 ans) sans microtraumatisme originel. Crises fréquentes. Pas de lésion radiologique.	Très améliorée	
99 - <i>Sciatique S1</i> Début progressif ancien (12 ans). Pincement marqué des disques lombaires.	Pratiquement guérie	
62 - <i>Sciatique S1</i> Début ancien (3 ans). Scoliose droite. Pincement L5 - S1.	Très améliorée	
61 - <i>Lombo-sciatique</i> Lombalgies anciennes (13 ans). Scoliose lombo-sacrée droite.	Améliorée	
64 - <i>Lombo-sciatique gauche</i> Lumbago ancien (15 ans). Crises fréquentes. Début d'arthrose de la hanche gauche. Ostéophytose sur L5.	Pratiquement guérie	Pratiquement guérie
111 - <i>Sciatique droite</i> Début brusque. Pincement L5 - S1. Lombarthrose discrète.	Presque guérie	
54 - <i>Sciatique S1</i> Ancienne (4 ans). Douleurs dorso-lombaires. Ostéoporose du rachis lombo-sacré. Pincement L5 - S1.	Améliorée	
2°) MICROTRAUMATIQUES		
23 - <i>Sciatique à topographie incertaine</i> Origine traumatique. Sans lésion radiologique.	Pas d'amélioration	Intervention chirurgicale ayant également échoué
22 - <i>Sciatique à topographie incertaine</i> Antécédents traumatiques. Légère scoliose.	Très faible amélioration	Très faible Amélioration

	Résultats immédiats	Résultats lointains
29 - <i>Sciatique droite L5</i> Origine microtraumatique. Pincement L4 - L5	Très améliorée	Reprise partielle des algies.
44 - <i>Sciatique droite S1</i> Sciatalgie très ancienne exacerbée par un traumatisme récent. Pincement très net L5 - S1.	Très améliorée	Très améliorée
42 - <i>Sciatique L5</i> Origine traumatique. La radio avec Lipiodol a montré une amputation de la 5 ^e lombaire.	Légèrement améliorée	Rechute dès ablation du plâtre. Est ensuite opéré. Pas de hernie discale.
50 - <i>Sciatique L5</i> Evolution ancienne par crises toujours précédées de microtraumatisme. Pincement L4 - L5	Légère amélioration	
75 - <i>Sciatique droite S1</i> Début très ancien (13 ans) après microtraumatisme. Evolue par crises rebelles aux traitements. Légère scoliose lombo-sacrée gauche.	Légère amélioration	Rechute
6 - <i>Sciatique L5</i> Notion de microtraumatisme. Pas de lésion radiologique.	Pratiquement guérie	
18 - <i>Sciatique S1</i> Début récent (2 mois) par lumbago microtraumatique. Spina bifida S1 et affaissement L5 - S1.	Peu améliorée	
106 - <i>Sciatique</i> Pas de topographie précise. Origine traumatique ancienne (8 ans). Scoliose lombaire.	Très améliorée	
85 - <i>Lombo-sciatique</i> Origine traumatique ancienne (15 ans). Crises hyperalgiques nombreuses.	Très améliorée	Très améliorée
81 - <i>Sciatique S1</i> Début par lumbago microtraumatique. Crises fréquentes. Légère scoliose lombo-sacrée.	Amélioration partielle	Amélioration partielle
82 - <i>Sciatique L5</i> Origine traumatique probable, Spina occulta S1.	Très améliorée	Très améliorée

	<i>Résultats immédiats</i>	<i>Résultats lointains</i>
58 - <i>Sciatique L5</i> Début ancien. Peut-être léger pincement L5 - S1.	Pratiquement guérie	
63 - <i>Sciatique S1</i> Lumbago microtraumatique ancien (5 ans). Aucune lésion.	Très améliorée	
60 - <i>Sciatique S1</i> Lumbago brutal après microtraumatisme. Pincement L5 - S1.	Pas d'amélioration	Intervention laminectomie. Hernie L5 - S1.
91 - <i>Sciatique L5</i> Origine microtraumatique. Le rachis lombaire n'est pas dans l'axe du sacrum. Peut-être pincement L4 - L5.	Améliorée	Pratiquement guérie
67 - <i>Lombo-sciatique droite</i> Origine microtraumatique ancienne (5 ans).	Pratiquement guérie	
LOMBALGIES RECENTES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
52 - <i>Lumbago</i> Apparition progressive récente sans microtraumatisme. Légère ostéophytose L3 - L4.	Pratiquement guéri	
LOMBALGIES ANCIENNES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
97 - <i>Lumbago</i> Début ancien (10 ans). Non traumatique. Légère ostéophytose vertébrale. Pincements discaux L3 - L4 - L4 - L5.	Sans amélioration appréciable	

TRAITEMENT PARTIEL SANS TRACTION

	<i>Résultats immédiats</i>	<i>Résultats lointains</i>
SCIATIQUES RECENTES NON MICROTRAUMATIQUES.		
56 - <i>Sciatique droite</i> Début récent sans microtraumatisme. Ostéophytose importante au niveau du rachis lombaire et surtout de L5.	Pratiquement guérie	
101 - <i>Sciatique</i> Rechûte non précédée de microtraumatismes après ablation d'une hernie discale.	Très améliorée	
SCIATIQUES ANCIENNES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
48 - <i>Sciatique L5</i> Lombalgies très anciennes (50 ans) Apparition brusque d'une sciatique. Scoliose lombaire droite assez marquée.	Améliorée	Reprise des algies
49 - <i>Sciatique sans topographie précise</i> Origine non microtraumatique. La radio montre une hernie intra-spongieuse du 5 ^e disque.	Améliorée	
12 - <i>Sciatique L5</i> Début progressif sans microtraumatisme. Ostéophytose vertébrale.	Très améliorée	Reprise des algies
87 - <i>Sciatique S1</i> Début progressif sans microtraumatisme.	Très améliorée	Très améliorée
88 - <i>Sciatique S1</i> Début très ancien par lumbago non microtraumatique. Pas de lésion radiologique.	Améliorée	Améliorée
105 - <i>Sciatique droite S1</i> Début progressif sans microtraumatisme. Sacralisation de L5.	Améliorée	
100 - <i>Sciatique L5</i> Début progressif sans microtraumatisme. Scoliose lombaire.	Très améliorée	Très améliorée

	Résultats immédiats	Résultats lointains
96 - <i>Sciatique paralysante</i> Début ancien (10 ans). Pas de microtraumatisme.	Aucun résultat	Intervention chirurgicale. Laminectomie plus radicotomie. Pas de hernie. Résultat excellent.
2°) MICROTRAUMATIQUES		
38 - <i>Sciatique aiguë pas de topographie précise</i> Origine traumatique. Evolution par crises très violentes. Légère ostéophytose du 3° disque.	Amélioration importante	Reprise des algies
14 - <i>Sciatique L5</i> Début brusque après microtraumatisme, pas de lésion discale.	Très améliorée	Très améliorée
70 - <i>Lombo-sciatique</i> Origine microtraumatique sans lésion radiologique.	Un peu améliorée	Reprise des algies
92 - <i>Sciatique L5</i> Origine microtraumatique ancienne	Pratiquement guérie	Reste très améliorée.
66 - <i>Sciatique S1</i> Lombalgies anciennes (10 ans), exacerbées par microtraumatisme récent. Scoliose lombo-sacrée droite	Améliorée	
55 - <i>Sciatique gauche S1</i> Origine microtraumatique ancienne (5 ans). Crises fréquentes depuis 1 an. Léger pincement discal L5 - S1.	Légèrement améliorée	
LOMBALGIES RECENTES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
84 - <i>Lumbago</i> Apparition rapide après une grippe succédant à des algies thoraciques. Scoliose lombaire.	Amélioré	Amélioré
2°) MICROTRAUMATIQUES		
41 - <i>Lombo-sciatique</i> Origine microtraumatique.	Améliorée	Reprise des algies

	Résultats immédiats	Résultats lointains
9 - <i>Lumbago</i> Origine microtraumatique avec pincement L5 - S1.	Amélioré	Amélioré
83 - <i>Lumbago</i> Origine microtraumatique.	Très amélioré	Très amélioré
103 - <i>Lumbago</i> Début récent après microtraumatisme. Légère scoliose lombo-sacrée droite.	Amélioré	Persistance de l'amélioration
LOMBALGIES ANCIENNES		
1°) NON MICROTRAUMATIQUES		
16 - <i>Lumbago</i> Apparition progressive sans microtraumatisme. Sacralisation de L5 spina bifida.	Très amélioré	
27 - <i>Lumbago</i> Début progressif ancien (3 ans) Scoliose lombaire et spina bifida de L5.	Amélioré	Amélioré
Par le simple port d'un corset plâtré puis d'un lombostat		
2°) MICROTRAUMATIQUES		
77 - <i>Lumbago</i> Origine ancienne (1 an). Légère scoliose gauche. Malformation au niveau de D12 - L1 - L2.	Très amélioré	2 ans après persistance de l'amélioration.
26 - <i>Lumbago</i> Pas d'origine microtraumatique ni de lésions radiologiques.	Très amélioré	Très amélioré
104 - <i>Lumbago</i> Origine ancienne (4 ans). Grosse impotence fonctionnelle. Faible pincement L5 - S1.	Très amélioré	Réapparition partielle des algies.
80 - <i>Lumbago</i> Origine ancienne (2 ans) Spina occulta S1.	Très amélioré	Très amélioré
93 - <i>Lumbago</i> Début ancien. Légère scoliose gauche.	Un peu amélioré	

MALADES TRAITÉS PAR EXTENSION SEULE

	Résultats immédiats	Résultats lointains
SCIATIQUES ANCIENNES NON MICROTRAUMATIQUES 13 - <i>Sciatique L5</i> Début progressif sans microtraumatisme. Très douloureuse. Pincement très net L4 - L5. Hémisacralisation de L5.	Pratiquement guérie	
34 - <i>Lombo-sciatique</i> Apparition progressive sans microtraumatisme. Marche impossible. Scoliose droite. Pincement discret L4 - L5.	Pratiquement guérie	
SCIATIQUES ANCIENNES MICROTRAUMATIQUES 10 - <i>Sciatique</i> Origine traumatique datant de 13 ans. Nombreuses crises. Pincement très net L4 - L5.	Pratiquement guérie	Pratiquement guérie
25 - <i>Sciatique L5</i> Débuts anciens (3 ans) par lumbago. Crises de sciatiques après microtraumatismes.	Très améliorée	Rechute avec apparition d'une sciatique paralysante. Intervention chirurgicale sans effet. Pas de hernie.
17 - <i>Sciatique S1</i> Origine traumatique. Abolition achilléen. Pincement léger L5 - S1.	Pratiquement guérie Réapparition de l'Achilléen	Rechute nécessitant une intervention qui a donné de bons résultats.
72 - <i>Sciatique de topographie peu caractérisée</i> Origine traumatique. Grosse impotence fonctionnelle. Scoliose inverse. Pincement latéral droit des disques L2 - L3 - L3 - L4.	Aucune amélioration	
24 - <i>Lombo-sciatique</i> Consécutives à une fracture vertébrale. Petit fragment osseux sur le bord antérieur de L4.	Aucune amélioration	

	Résultats immédiats	Résultats lointains
LOMBALGIES RECENTES MICROTRAUMATIQUES 15 - Lumbago Origine microtraumatique d'apparition récente. Très douloureux. Pas de lésions radiologiques.	Très amélioré	
89 - Lumbago Origine microtraumatique apparue récemment. Impotence partielle. Pas de lésion radiologique.	Complètement guéri	
108 - Lumbago Antécédent traumatique. Légère scoliose, sacrum vertical. Début datant de quelques mois.	Très amélioré	Amélioré
LOMBALGIES ANCIENNES 1° NON MICROTRAUMATIQUES 47 - Lumbago D'apparition très ancienne évoluant par crises entraînant une impotence fonctionnelle totale. Lasègue à 45°. Pas de lésion radiologique.	Très amélioré	Légèrement amélioré
2°) MICROTRAUMATIQUES 69 - Lumbago Origine microtraumatique. Nombreuses crises douloureuses avec impotence complète. Spondylarthrose et lésions discales au niveau de L2 - L3 - L3 - L4.	Très amélioré	Très amélioré
SCIATIQUES RECENTES MICROTRAUMATIQUES 79 - Lumbago Début récent après traumatisme. Pincement du disque L4 - L5. Scoliose lombo-sacrée. Disparition de l'interligne iliaque gauche.	Très améliorée	Très améliorée
11 - Lumbago Orgine traumatique récente. Scoliose lombo-sacrée.	Pratiquement guéri	Pratiquement guéri

Nous allons maintenant chiffrer l'ensemble de ces résultats.

	GUERIS OU TRES AMELIORES	AMELIORES	LEG. AMELIORES	ECHECS
Traitement complet. 21	15	0	2	4
Traitement partiel avec traction 51	31	8	6	6
Traitement partiel sans traction 28	14	10	3	1
Extension seule ... 14	12	0	0	2
114	72	18	11	13
soit :	63 %	16 %	10 %	11 %

Nous avons revu 58 de ces malades. Parmi ceux-ci, 5 qui n'avaient retiré aucun bénéfice du traitement n'ont pu que nous confirmer l'échec.

Sur les 53 autres nous comptons :

38, soit 70 % chez qui le résultat immédiat avait persisté ou parfois s'était légèrement amélioré, ou encore n'avait que légèrement diminué ;

15, soit 30 % qui présentèrent une rechute.

Nous devons nous contenter de ce pourcentage global pour rechutes et persistances d'amélioration. La répartition livrée au hasard, et par conséquent très inégale, des malades que nous avons pu revoir, selon les diverses catégories de traitement reçus ne nous permet pas de chercher une proportion dans chacune de celles-ci.

De ce premier groupe de chiffres nous pouvons tirer quelques conclusions. Mais avant de considérer ces résultats il faut noter que la plupart des malades traités dans le service souffraient de sciatiques rebelles ou récidivantes ayant déjà subi sans succès diverses thérapeutiques.

D'abord l'efficacité immédiate de ces traitements, médicaux qui donnent 63 % de guérisons et simplement 11 % d'échec complet.

La persistance des résultats favorables qui se maintiennent dans 70 % des cas.

Enfin de l'examen des résultats de chacune des catégories de traitement, ressort l'utilité de l'extension. Parmi les malades n'en n'ayant pas subi on compte un nombre moindre (14 sur 28) de guérisons.

L'extension seule a donné d'aussi bons résultats qu'associée aux autres traitements. Mais nous n'avons que 13 cas, peut-être s'agit-il d'une série favorable.

Si nous voulons détailler davantage ces résultats selon les groupes de traitement nous obtenons :

TRAITEMENT COMPLET

Dans les sciatiques récentes non microtraumatiques :
sur 3 cas : 1 guérison — 2 échecs.

Dans les sciatiques récentes microtraumatiques :
sur 4 cas : 3 guérisons dont une rechute — 1 échec.

Dans les sciaticques anciennes :

3 non microtraumatiques ont donné :

2 guérisons — 1 amélioration légère ;

9 microtraumatiques ont donné :

8 guérisons dont un échec lointain — 1 amélioration légère.

Pour 2 lombalgies il y eut 2 guérisons immédiates dont une rechute.

Parmi les 15 guérisons immédiates 10 malades présentaient des lésions radiologiques avec pincement discal.

Un cas avec échec n'avait aucune lésion radiologique.

Traitement partiel avec traction

1) *Sciaticques récentes.* — 5 non microtraumatiques :

2 guérisons — 1 amélioration — 2 échecs ;

7 microtraumatiques :

5 guérisons — 2 améliorations — pas d'échec.

2) *Sciaticques anciennes.* — 19 non microtraumatiques :

14 guéries — 3 améliorées — 1 légèrement améliorée — 1 échec ;

19 microtraumatiques :

10 guéries — 2 améliorées — 5 légèrement améliorées — 2 échecs.

simplement deux lombalgies ont subi ce traitement, il y eut une guérison sur un lumbago récent et un échec sur un lumbago ancien.

Sur les 32 sujets guéris 23 avaient des lésions radiologiques dont 11 avec un pincement discal, 1 des 6 échecs n'avait pas de lésion.

Traitement partiel sans traction

Sur 2 sciaticques récentes nous avons 2 guérisons.

Dans les sciaticques anciennes, 7 non microtraumatiques ont donné :

2 guérisons dont un échec lointain — 4 améliorations — 2 améliorations légères — 1 échec.

Pour les lombalgies les chiffres sont de 1 amélioration sur 1 lumbago récent non microtraumatique, 1 guérison et 3 améliorations sur 4 lombalgies microtraumatiques. Les lombalgies anciennes ont donné 5 guérisons — 1 amélioration notable — 1 amélioration légère.

Nous n'avons eu de radio que pour 10 malades guéris sur 14, 7 présentaient des lésions.

Traitement par extension seule

Les 2 échecs sont 2 sciaticques anciennes microtraumatiques dont une consécutive à une fracture vertébrale avec fragment osseux.

Sur 12 cas de guérison, 8 présentaient diverses lésions radiologiques.

Nous venons, dans cette revue détaillée, de considérer les résultats par rapport à l'affection (sciaticque ou lumbago), à son ancienneté, à son étiologie traumatique ou non, et enfin par rapport aux signes radiologiques qui les accompagnent.

Les chiffres ne sont pas absolument semblables, mais portent souvent sur un petit nombre de cas. Ils ne montrent aucune indication particulière de ces thérapeutiques médicales pour telle catégorie d'affection.

Cette constatation est très importante, elle montre qu'un malade peut, à de rares exceptions près, (par exemple sciatiques paralysantes), essayer avec espoir ces traitements quelle que soit l'ancienneté, l'étiologie des douleurs, quels que soient les signes radiologiques qui les accompagnent.

Nous n'avons pas utilisé toutes les ressources de la thérapeutique non sanglante. Les manipulations dont nous avons discuté la valeur, la crénothérapie d'une efficacité incontestable parfois spectaculaire pourraient encore augmenter les succès immédiats et prévenir les rechutes.

Le reproche fait à ces méthodes est d'être un peu longues, parfois pénibles. Leur durée, en moyenne de 1 mois, n'excède pas celles des suites opératoires. La plus désagréable d'entre elles : l'extension vertébrale a été subie et acceptée par 87 de nos malades, refusée seulement par 2.

Devant ces résultats dans l'ensemble favorables on ne peut s'empêcher de rappeler ce que le Professeur Coste écrivait en 1941 au début de l'ère discale des sciatiques. Parlant d'une statistique américaine qui faisait état de 300 sciatiques opérées sur près de 15.000 cas observés cet auteur ajoutait : « Nul doute d'ailleurs que cette proportion ne doive s'élever au cours des années suivantes, l'attention des neuro-chirurgiens se portant de plus en plus vers le disque, le nombre relatif des cas dépistés augmentera, mais évidemment pas au delà d'une limite assez circonscrite, il est donc permis d'avancer que sur l'ensemble des lombosciatiques le pourcentage des cas à opérer *restera toujours faible.* »

Ces prévisions s'avèrent parfaitement exactes. Nos échecs sont de 11 %, les rechutes de 30 %, mais nombre de ces sujets peuvent subir avec succès un deuxième traitement médical. Nous avons plusieurs exemples de tels faits. Une de nos malades sortie du service sans aucun résultat a refusé l'intervention qui lui était proposée et a continué chez elle le traitement déjà suivi à l'hôpital. Nous l'avons revue 6 mois plus tard, parfaitement améliorée. Quelques sciatiques hospitalisés à nouveau après rechute, ont été traités médicalement avec une pleine efficacité. D'autres sont allés faire une cure thermale dont ils ont tiré les plus grands bienfaits. Enfin une amélioration partielle à l'issue du traitement peut se compléter par la suite.

En tenant compte de tous ces facteurs modifiant nos précédentes statistiques, on arrive bien à un faible pourcentage de cas à opérer, que nous pourrions chiffrer à 15 ou 20 %.

CONCLUSIONS

1°) Nous nous sommes attaché à préciser les indications respectives de l'ensemble du traitement non sanglant des lombalgies et des sciatiques.

En effet, malgré tous les perfectionnements techniques apportés à l'acte chirurgical, ce dernier reste grevé d'un certain pourcentage de risques et d'incertitude : hernie non retrouvée, sciatique non améliorée, apparition de lombalgies, accidents opératoires proprement dits.

Il est pénible, et il est redouté des patients.

Au surplus l'accord n'est pas réalisé sur le choix des techniques (opération économique ou opération à maxima, fermeture avec ou sans greffe).

Il est donc nécessaire de demander au traitement non sanglant tout ce qu'il peut avant de recourir à l'intervention chirurgicale.

2°) Les traitements utilisés par nous soit isolés, soit et de préférence associés les uns aux autres, ont donné les résultats initiaux suivants :

- 63 % de guérisons ;
- 16 % d'améliorations ;
- 10 % d'améliorations légères ;
- 11 % d'échecs.

3°) Le déchet ultérieur paraît être de 30 %, mais il faut tenir compte d'une part des rechutes pouvant céder à un deuxième traitement, d'autre part des améliorations initialement incomplètes se consolidant par la suite, et enfin de l'emploi de procédés non utilisés chez nos malades (manipulations, cures thermales).

4°) On peut en l'état actuel des techniques admettre que sur l'ensemble des lombalgies et des sciatiques, le traitement non sanglant laisse un pourcentage d'échecs définitifs de 15 à 20 %, qui tombe dans le domaine de la chirurgie.

5°) Nous pensons que l'avenir consiste à améliorer :

— et les traitements médicaux par un assemblage judicieux de leurs diverses méthodes, par le perfectionnement de chacune d'elles, en vue d'une pleine efficacité en un minimum de temps ;

— et les techniques chirurgicales.

Il est vraisemblable que les indications respectives des deux méthodes resteront dans la proportion que nous avons dégagée.

Vu : le Doyen,
LEON BINET.

Vu : le Président de Thèse,
F. COSTE

Vu :
et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie
de Paris :
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD (J.). - Considérations sur le traitement radiologique des sciatiques - *Thèse de Paris* 1935.
- BOEHME - Sur la radiothérapie des sciatiques (Strahlentherapie). Nov. 1944 - *Un journal de radiologie et d'électrologie* p. 174 - 1946.
- CATTAN, ATTAL, FRUMUSAN - Doses massives de Vitamine B1 dans le traitement des myalgies. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, Janvier 1947.
- COSSA - Thérapeutique neurologique et psychiatrique.
- COSTE et METZGER - La Vitamine B1 dans le traitement des algies - *Presse médicale* - Sept. 1938 - Page 1433.
- COSTE, GALMICHE, HOCHFELD - Sur l'emploi de l'Aneurine à fortes doses dans le traitement des algies rhumatismales. *B.M.S.M.H.P.* 21.2.47.
- COSTE, GALMICHE, BUISSIÈRE - Traitement des algies par l'Aneurine à doses massives. *Revue du rhumatisme* 1947 p. 173.
- COSTE, DESGREZ, FAUVET - Radiothérapie à petites doses dans certaines algies. *B. M. S. M. H. P.* - 22 avril 1936.
- COSTE - A propos du traitement des algies et des rhumatismes par la méthode des injections locales. *B. M. S. M. H. P.* - 23 janvier 1931.
- COSTE et GAUCHER - La sciatique rhumatismale a-t-elle vécu ? - *Presse médicale* 1941.
- COSTE, LAURENT, LAPRESLE - Sciatiques et lombalgies traitées par l'extension discontinue - *B. M. S. M. H. P.* - 19 mars 1948.
- COSTE, GALMICHE, MAUVOISIN - L'injection épidurale massive de Novocaïne dans le traitement des lombarthroses et des lombalgies. *Conférence scientifique internationale d'Aix-les-Bains* - Juin 1948.
- COSTE, GALMICHE - Traitement des lombalgies et des lombosciatiques microtraumatiques par les manipulations. - *Revue du rhumatisme* 1948.
- COSTE, MORIN - Injections anesthésiantes dans le traitement de la coxarthrie. - *Revue du rhumatisme* 1941 - p. 46.
- CHAUCHARD - Action propre de l'Aneurine sur l'excitabilité des centres nerveux chez l'animal en dehors de toute carence. *Compte rendu de la Société de Biologie* - Fév. 1941.
- DOUGLAS - La pratique et les résultats du travail ostéopathique.
- DUCROQUET - *Archives hospitalières* 1938.
- OLINTO - Grave choc anaphylactique par injections de Vitamine B1. *Revista Brasilia de medicina. In semaine des hôpitaux de Paris* N° 78 - Octobre 1948.
- PAGNEZ, SALOMON, COSTE - Action des rayons X sur l'équilibre acido-basique du sang. *Compte rendu de la Société de Biologie* - 21 février 1925.
- PELLET - Salicylate en goutte à goutte intraveineux dans le rhumatisme - *Paris Médical*, Nov. 1941.
- DE SEZE, PETIT, DUTAILLY - Les sciatiques par hernie postérieure du disque inter-vertébral.
- DE SEZE - Les tractions sur la table de vertébrothérapie - *Presse Médicale*, janvier 1949.
- DE SEZE, ROBIN, LEVERNIEUX - Vertébrothérapie par manipulations et vertébrothérapie par traction. - *Revue du rhumatisme* - Nov. 1948.
- SICARD, COSTE - Lipiodol épidural dans le traitement de la coccydinie et de la lombosciatique et de l'incontinence nocturne d'urine - *B. M. S. M. H. P.* fév. 1924.

